

Bolig, helse og sosial ulikhet

Arne Backer Grønningsæter og Roy A. Nielsen



Heftets tittel: Bolig, helse og sosial ulikhet

Utgitt: 03/2011

Publikasjonsnummer: IS-1857

Utgitt av: Helsedirektoratet
Kontakt: Avd. nasjonalt folkehelsearbeid
Pb. 7000 St. Olavs plass
0130 Oslo

Besøksadresse: Universitetsgata 2, OSLO

Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
www.helsedirektoratet.no/publikasjoner

Hftet kan bestilles hos: Helsedirektoratet
v/ Trykksaksekspedisjonen
e-post: trykksak@helsedir.no
Tlf.: 24 16 33 68 (tirs-tors 12-14)
Faks: 24 16 33 69

Ved bestilling, oppgi publikasjonsnummer:
IS-1857

Bolig, helse og sosial ulikhet

Arne Backer Grønningsæter og Roy A. Nielsen

Innhold

Forord fra Helsedirektoratet	7
Forfatternes forord	9
Sammendrag	11
Oppdrag og struktur	13
Metode og arbeidsprosess	14
Avgrensing i litteratursøket.....	16
Tematisk gjennomgang	17
Bakgrunn	19
Årsak og virkning.....	21
Et historisk bakteppe	26
Direkte og indirekte tilnærminger	29
Fysiske forhold	34
Boligen – inneklima	35
Bomiljø – utemiljø	37
Sosiale faktorer	41
Boligstandard	43
Levekår og fattigdom	44
Eie eller leie	47
Bolig og psykisk helse	49
Bomiljø og geografi	50
Bostedsløse.....	51
Tiltaksevalueringer.....	52

Strukturelle faktorer	54
Bolig – fordeling, boligsosialt arbeid	55
Bomiljø – kommunale handlingsplaner	57
Et blikk på internasjonale bidrag	59
Oppsummering	62
Litteratur	64
Norske og nordiske bidrag	65
Noen internasjonale bidrag	76

Forord fra Helsedirektoratet

Helsedirektoratet har i en rapportserie tatt for seg faktorer som former våre levekår. Levekårene er bestemmende for vår helse og hvordan denne fordeler seg i befolkningen.

I denne rapporten ønsker vi å rette søkelyset mot bolig og bomiljø.

Blant de mange levekårsfaktorer som påvirker helse og fordeling av helse, spiller bolig og bomiljø en viktig rolle. De aller fleste i dette landet har heldigvis et sted å bo, men det kan være store forskjeller i boligstandard og bomiljø.

Alt fra fysiske betingelser slik som inneklime og størrelse, eie - og leieforhold og sosiodemografiske forhold som beliggenhet og nabolagsprofil kan ha betydning for helse og fordeling av helse. Denne rapporten drøfter hvordan disse faktorene kan påvirke helse og den sosiale fordelingen av helse, og på hvilken måte boforhold kan være med på å produsere, opprettholde eller utjevne sosiale helseforskjeller.

FAFO fikk i oppdrag å gi oss en kunnskapsoversikt over feltet. Resultatet finner dere i denne rapporten. Et av hovedfunnene til FAFO er at dette er et lite utforsket område i Norden. Fysisk utforming og sosiodemografisk beliggenhet er forhold ved det å bo som til en viss grad er belyst gjennom forskning. Nabolagskvalitet blir koblet til trivsel og trygghet, og studier viser at levekårsforbedringer i et boligområde styrker den psykiske helsen til de som bor der.

Prisen på boliger bestemmes av boligmarkedet. De mest attraktive boligene og bomiljøene har høyest pris. Bolig vil derfor ofte være et uttrykk for en allerede eksisterende ressursfordeling og dermed virke som en mellomliggende faktor i samspillet mellom levekår og helse.

Bolig og boligsosiale tiltak utgjør sentrale strategier i kampen mot fattigdom og for sosial inkludering av utsatte grupper i samfunnet. Tilgang til egen bolig anses derfor som et grunnleggende velferdsgode, og en viktig forutsetning for å kunne delta i arbeids- og samfunnsliv fullt ut.

Regjeringens visjon i boligpolitikken er at alle skal bo godt og trygt. Med denne rapporten ønsker Helsedirektoratet å belyse noen helserelaterte argumenter for en slik visjon. Jeg understreker likevel at innholdet i rapporten står for forfatterens egen regning.

A handwritten signature in black ink, which appears to read "Einar Inge Aasen". The signature is fluid and cursive, with the first name "Einar" being the most prominent part.

Forfatternes forord

Historisk og politisk har boligspørsmål vært et viktig tema når sosial ulikhet har stått på dagsordenen. Med den økte fokuseringen på sosial ulikhet i helse som vi har sett de siste årene, er det derfor naturlig at også boligspørsmålet settes på dagsordenen. I denne rapporten har vi, på oppdrag fra Helsedirektoratet, gått igjennom mye av de siste årenes forskning som på en eller annen måte kombinerer disse tre strikkordene: bolig, helse og sosial ulikhet. Vi har konsentrert oss om nordiske bidrag, men har også tatt inn en del bidrag fra andre land.

Vi oppfatter forskningen på dette temaområdet som ganske spredt, og det har vært nødvendig å se på både indirekte og direkte relevante bidrag. Rapporten har derfor fått en noe impresjonistisk form. Likevel håper vi at vi har maktet å gi et realistisk bilde av hvor forskningen som ser på sammenhengen mellom bolig, helse og sosial ulikhet befinner seg.

Rapporten er et felles prosjekt mellom oss to forfattere. Vi vil takke Inger Lise Skog Hansen både for konstruktive innspill underveis og for kommentarer og kvalitetssikring på forskjellige stadier i arbeidet med rapportmanuset.

Helsedirektoratet ga oss dette oppdraget, og vi vil takke Janne Strandrud for et positivt samarbeid underveis. Vi har også fått konstruktive innspill fra Odd Steffen Dalgard, Bjørgulf Claussen, Liv Kristensen, Per Aahren, Stig Erik Sørheim og Ingvild Fosse. Takk til dere for deling av kunnskap.

Oslo, oktober 2010

Roy A. Nielsen og Arne Backer Grønningsæter

Sammendrag

Denne rapporten gir en kunnskapsoversikt over sammenhengen mellom bolig, helse og sosial ulikhet. Hovedvekten er lagt på forskning utført i Norge og Norden, supplert av internasjonal forskning og kunnskap, særlig fra Verdens helseorganisasjon. Mye av forskningen som presenteres er utført i løpet av det siste tiåret.

Sammenhengen mellom sosial ulikhet – det være seg i inntekt, utdanning eller andre goder – og helse er godt kjent. Denne sammenhengen handler ikke bare om de som har svært mye eller svært lite, men gjelder langs hele fordelingen av for eksempel inntekt, og omtales derfor som helsegradienten. Hvilken betydning har så det å bo – bolig og bomiljø – for helsegradienten, sammenhengen mellom sosial ulikhet og helse?

Når en tenker etter, er det kanskje en selvfølge at når det er sammenheng mellom sosial ulikhet og helse, så må bolig ha en rolle i denne sammenhengen. Har en lav inntekt og dårlig helse, har en heller ikke råd til de beste boligene. Selv om en kan finne sammenhenger mellom bolig, helse og sosial ulikhet, er det ikke sikkert at en kan fastslå hva som er årsaken til hva.

Når vi i denne kunnskapsoversikten ser på sammenhengen mellom bolig, helse og sosial ulikhet, ser vi ikke bare på betydningen av selve boligen, men også av bomiljøet, omgivelsene rundt boligen. I framstillingen av de ulike forskningsfunnene skiller vi mellom fysiske faktorer, sosiale faktorer og strukturelle faktorer, selv om skillene mellom disse til tider kan være flytende.

Det er identifisert en rekke forhold ved boligen og bomiljøet som påvirker helsen. Dårlig inneluft, trangboddhet og ytre forurensing er noen eksempler på faktorer i og rundt boligen som kan ha direkte konsekvenser for helsen, de kan forårsake helseproblemer. De samme faktorene kan påvirke attraktiviteten og prisen på boligen, og således påvirke hvem som kan eller vil kjøpe (og bo) der, og dermed har man identifisert noen mulige årsaker til sosiale forskjeller i helse som er knyttet til boligen. Samtidig kan det være vanskelig å identifisere årsakssammenhengene dersom de som kjøper boligen hadde dårlig helse i utgangspunktet.

Det er både en opphopning og en årsakskjede bak de sosiale helseulikhetene. Bolig inngår i denne årsakskjeden, men må også ses som en av mange faktorer som hoper seg opp positivt eller negativt i enkelte grupper i befolkningen. Oppvekstvilkårene utgjør et komplisert samspill av forskjellige faktorer. Helserelaterte forhold utvikler seg på lang sikt dårligere hos lavinntektsbarn enn hos barn flest. Det er behov for å analysere mer direkte dette kompliserte samspillet, med særlig vekt på boligforholdenes rolle.

Helse er en sentral indikator på befolkningens levekår. Familier i lavinntektsgruppene har mer flytting, overrepresentasjon av leieboliger og trangboddhet. Både trangboddhet og det å bo i leiebolig kan ha sammenheng med psykisk helse. I flere forskningsbidrag presenteres et skille mellom å eie og å leie. En større andel blant leietakere hadde helseproblemer enn blant selveiere. De som bor i enebolig, tomannsbolig og i rekkehus har bedre egenvurdert helse enn de som bor i andre typer boliger. Bostedsløse representerer svært sammensatte problemer. De aller fleste av dem har enten rusproblemer eller psykiske problemer.

Det er et samspill mellom boligbehov og behov for andre tjenester. Boligen er et grunnleggende velferdsgode. Lav inntekt kan fungere som en begrensning i den enkeltes mulighet til å skaffe seg en egnet bolig. Verdens helseorganisasjon (WHO 2004) oppsummerer sammenhengen mellom bolig og ulike aspekter ved helsen. De konkluderer med at det er viktig at helsemyndighetene vektlegger boligmiljøets betydning for helse, og at boligmyndighetene anerkjenner at boligmiljøet er en vital faktor når det gjelder menneskers helse. De påpeker at det er nødvendig å komme ut av sektortilnærmingen og inn i en mer helhetlig tilnærming.

Noen av bidragene som presenteres viser årsaker til helseproblemer knyttet til boligen og bomiljøet, andre viser sammenhenger. De fleste av disse helseproblemer kan knyttes til sosial ulikhet i helse, og mange studier gjør det eksplisitt. Det kreves imidlertid mye forskning før en får oversikt over årsakssammenhengene mellom de ulike faktorene som presenteres. Gitt at en vet forholdsvis lite om årsakene til sammenhengen mellom sosial ulikhet og helseproblemer, særlig i Norge (Sund og Krokstad 2005), vet en heller ikke mye om hvordan bolig og bomiljø bidrar. Mer forskning på boligens betydning for helse kan imidlertid være en fruktbar inngangsport til økt forståelse av sammenhengen mellom helse og sosiale forskjeller.

Oppdrag og struktur

De siste årene har sosial ulikhet i helse fått stadig mer oppmerksomhet fra politiske myndigheter i Norge. Norge er et land med relativt små sosiale forskjeller, sammenlignet med de fleste andre land. Likevel er helseulikhetene relativt store (Sund og Krokstad 2005, Claussen og Bruusgaard 2009). Samtidig har boligsosiale spørsmål kommet stadig høyere på den politiske dagsorden i Norge. Kartlegginger av bostedsløshet viser at rusavhengighet og psykiske lidelser er risikofaktorer for bostedsløshet (Hansen mfl. 2005, Dyb og Johannessen 2009). Blant annet med dette som bakgrunn ønsket Helsedirektoratet å få fram forskning og kunnskap om sammenhengen mellom bolig, helse og sosial ulikhet. Fordelingsperspektivet var, slik vi har tolket oppgaven, den viktigste tilnærmingen.

For å gjøre sammenhengen i framstillingen mest mulig lesbar, starter vi denne rapporten med en beskrivelse av metode og fremgangsmåte i litteraturgjennomgangen. De som ikke er interessert i dette kan dermed gå rett på selve litteraturgjennomgangen. Rapporten tar først for seg norske og nordiske bidrag. Disse organiseres etter en tredeling, først fysiske/kjemiske faktorer, deretter sosiale faktorer, så strukturelle faktorer. Under disse hovedoverskriftene tar vi for oss forskjellige faktorer som både gjelder bolig og bomiljø. Til slutt i rapporten tar vi for oss noen internasjonale bidrag som kan være relevante.

Metode og arbeidsprosess

Den viktigste metodiske tilnærmingen i prosjektet har vært søk i bibliotekdatabaser. Det første vi gjorde var å henvende oss til bibliotekjenten som betjener Fafo. Vi ba dem søke på ulike kombinasjoner av følgende stikkord på engelsk og norsk:

- bolig
- helse
- sosial ulikhet
- bomiljø
- levekår
- Norge/Norden/Skandinavia

Deretter tok vi for oss Fafobidrag som kunne være relevante. Vi så da på følgende typer bidrag:

- utsatte gruppers levekår og hvordan bolig er behandlet innen dette temaområdet
- ulikhet i helse
- forskning på bolig og boligsosiale spørsmål

Det tredje steget var å se på bidrag fra samarbeidspartnere og nettverk som vi er involverte i. Vi benyttet da de åtte stikkordene/temaområdene som utgangspunkt. I denne runden gjorde vi også en henvendelse til noen nordiske forskere, med forespørsel om de hadde forslag til viktige bidrag.

Da det ikke er så mange norske forskere som har forsket på sammenhengen mellom bolig, sosial ulikhet og helse, gjorde vi også enkelte søk på navnet til de som hadde relevante bidrag.

Med utgangspunkt i de bidragene vi nå hadde kommet fram til, gjennomgikk vi litteraturlister for å finne andre relevante bidrag. Foreløpige funn ble også presentert på et seminar med sentrale norske bidragsytere på feltet. På bakgrunn av seminaret foretok vi nye søk i databasene.

Følgende databaser/søkemotorer ble brukt:

- BIBSYS
- Samkatalogen
- ISI Web of Science, som blant annet inkluderer:
 - Science Citation Index Expanded
 - Social Sciences Citation Index
- Google Scholar

Vi har også benyttet Pubmed, men til mer avgrensede søk. En sammenligning av forskjellige søkeverktøy som blant annet ISI Web of Science og Pubmed viser at disse er ganske like (Falags et al. 2008). Vi valgte å legge hovedvekt på ISI Web og Science fordi de dekker flere tidsskrifter. Dessuten benyttet vi Google Scholar fordi de i prinsippet skal dekke alle mulige kilder.

I enkelte av disse, og på enkelte tidsskrifters hjemmesider, har man muligheten til å se hvem som har sitert artiklene vi fant, og for de mest sentrale bidragene sjekket vi også dette, for å se om det dukket opp relevante artikler som ikke ble funnet via metodene presentert over. For at slike søkemetoder skal fungere optimalt, er det nødvendig å finne gode søkeord. Dette innebærer at det må gjøres kreative søk for å finne hvilke konkrete ord som fungerer. Vi valgte de ovennevnte søkeordene. Det vanskeligste med denne tilnærmingen var å finne fram til litteratur som også gir indirekte kunnskap om det temaområdet vi skulle kartlegge. For å finne denne sammenhengen var det særlig viktig å bruke referanser fra egen forskning som kunne være indirekte relevant.

Det ble primært søkt etter norsk og nordisk litteratur, men det ble også gjort et begrenset søk for å se på internasjonal litteratur som kunne være relevant. Vi antok at den nordiske litteraturen var mest aktuell, da situasjonen på boligmarkedet i Norge skiller seg mye fra andre europeiske land. Dette gjelder ikke minst det forholdet at leiemarkedet i Norge er svært begrenset. Det er bare Sverige som har noe tilnærmet den situasjonen vi kjenner fra vårt eget land med dominans av eierskap, delvis knyttet til boligkooperasjonen.

Vi endte på denne måten opp med tre typer kilder:

- forskning som er direkte relatert til sammenhengen mellom bolig, helse og sosial ulikhet
- forskning om andre temaer hvor boligspørsmål kommer opp som en faktor eller variabel
- forskning som kan gi indirekte kunnskap som er relevant for temaområdet

Som vi påpeker i neste kapittel, har det vært nødvendig å bruke forskning som bare indirekte tar for seg sammenhengen mellom bolig, helse og sosial ulikhet. I et slikt perspektiv er det ikke helt opplagt hvilken litteratur som skal inkluderes i gjennomgangen. Noe av utvelgelsen kan derfor diskuteres. Vi har imidlertid hatt som mål at mest mulig av den omtalte litteraturen skal være relevant for alle de tre stikkordene: bolig, sosial ulikhet og helse.

Avgrensning i litteratursøket

Hensikten med denne rapporten, og den tilhørende litteraturstudien, var å finne litteratur som kan belyse sammenhengen mellom bolig, sosial ulikhet og helse. Framgangsmåten er beskrevet over.

I den påfølgende teksten gir vi en oppsummering av ulike sider ved sammenhengen mellom bolig, sosial ulikhet og helse. Vi vil presentere noen eksempler på hva slags helseproblemer og/eller sykdommer som skyldes eller henger sammen med kjennetegn ved boligen og bomiljøet. Denne rapporten gir likevel ikke en komplett oversikt over hvilke symptomer eller sykdommer som forbindes med ulike sider ved bolig og bomiljø. Vi har som samfunnsforskere begrenset mulighet til å vurdere denne typen forskning, og temaet for denne rapporten åpner heller ikke for å inkludere en slik oversikt¹. Vi har derfor i hovedsak valgt å forholde oss til oversiktsstudier publisert av Verdens helseorganisasjon når det gjelder sammenhengen mellom konkrete sykdommer og bolig eller bomiljø.

¹ En slik oversikt må også ta stilling til sykdommer, symptomer og sammenhenger som er omstridt blant medisinerne, som for eksempel Sick Building Syndrome, kjemisk overfølsomhet m.m.

Det er imidlertid et felt hvor det både gjøres en del forskning og hvor det er mye aktivisme. Det finnes for eksempel internettsider med informasjon, men denne informasjonen er av varierende kvalitet og består av både seriøs forskning og mindre seriøse bidrag.

Tematisk gjennomgang

Et viktig utgangspunkt for denne kunnskapsoversikten var derfor beskrivelser av forholdet mellom bolig, helse og sosial ulikhet. Bolig og helse er sammensatt og inneholder så forskjellige temaer som fysiske/kjemiske faktorer, sosiale faktorer og strukturelle faktorer.

Helsedirektoratet satte opp følgende krysstabell for de temaområdene som skal dekkes:

	BOLIG	BOMILJØ
Fysiske/kjemiske faktorer	Inneklima, fukt, radon,	Forurensing, støy, tilgang til grøntarealer og rekreasjonsområder
Sosiale faktorer	trangboddhet, leie (eie) vilkår, grad av stabilitet, boevne	Marginalisering/segregering, "forslumming", bostedsløshet
Strukturelle faktorer	Bolig som faktor i inntektsfordelingen, finansieringsordninger (bostøtte, "startlån" med mer)	Statlig og kommunal boligpolitikk, boligsosial handlingsplan (kommunen) Plan- og bygningsloven

På grunn av de forskningsmessige utfordringene vi har beskrevet tidligere, måtte vi lete etter både direkte og indirekte forskningsbidrag. De indikatorene som er nevnt under fysiske/kjemiske faktorer, representerer i stor grad det en kan kalle direkte indikatorer. Sammenhengen mellom inn klima eller radon og helse er av en helt annen karakter enn spørsmålet om hvordan sosiale og strukturelle faktorer påvirker helsen. På de sosiale og strukturelle områdene er det vanskeligst å finne direkte dokumenterte sammenhenger. I denne rapporten vil vi derfor også gå igjennom en del litteratur som gir indirekte informasjon som er relevant for temaet.

Bakgrunn

Med sosial ulikhet i helse menes det at det er systematiske forskjeller i helse som avhenger av sosial status – målt enten som inntekt, utdanning eller yrke, eller som en kombinasjon av disse. Det er verdt å merke seg at de sosiale forskjellene består også oppover i det sosiale hierarkiet, at det ikke bare er de med for eksempel svært lite inntekt eller utdanning som har dårligere helse enn andre. Benytter en inntekt som indikator på sosial status, vil helsen bli bedre jo høyere inntekten er (Sund og Krokstad 2005), det vil si at de som tjener mindre enn gjennomsnittet har dårligere helse enn de som ligger på gjennomsnittsinntekten, og tilsvarende at de som tjener mer enn gjennomsnittet også har bedre helse enn de som har gjennomsnittsinntekt. Siden helseforskjellene kan gjenfinnes i hele det sosiale hierarkiet, omtales de gjerne som en gradient som går gjennom hele befolkningen.

Har bolig og boforhold betydning for den sosiale ulikheten i helse? I Norge er bolig et viktig og grunnleggende velferdsgode. En ting er at landet har et klima som gjør det vanskelig å klare seg uten bolig, men uten fast bolig og en adresse er det vanskelig å bli registrert og få tilgang til ulike offentlige velferdstjenester. Sammen med arbeid, utdanning og tilgang på velferdsstatlige tjenester og ytelser er boligen grunnleggende for den enkeltes velferd. Den enkeltes boligbehov handler om å ha et sted å være, sove, spise og være beskyttet mot vær og naturkrefter. Men det å bo handler også om å tilhøre en familie og et nabolag. Boligens beliggenhet – nabolag og bomiljø – bidrar til den enkeltes identitet og opplevelse av tilhørighet. Boligen er derfor en av rammebetingelsene både for våre materielle levekår og for våre sosiale omgivelser. Hvis vi skal forstå boligens betydning, må vi derfor se på det samspillet av materielle og sosiale faktorer som til sammen påvirker boligens betydning for den enkeltes velferd. Dermed er bolig både en fysisk og materiell størrelse og en del av den sosiale hverdagen.

Med en slik forståelse som utgangspunkt vil denne gjennomgangen av forskning knyttet til sammenhengen mellom bolig, helse og sosial ulikhet i hovedsak ha en levekårsstilnærming. Levekår forteller noe om hvordan vi som mennesker har det i et samfunn (Fløtten mfl. 2008). Forståelsen av levekår vil kunne variere over tid. Innenfor den nordiske

Levekårsforskningen er det enighet om at levekår er noe som utspiller seg på en rekke ulike arenaer. Gode levekår, det vil si ressurser og muligheter til å delta og realisere seg selv på disse arenaene, gir i sin tur muligheter til å leve gode liv (se for eksempel Bråten mfl. 2007, Fløtten mfl. 2008, Fyhn og Dahl 2000 og Ringen 1995). Boligen framstår dermed både som en arena (eksempelvis bomiljø og nærmiljø) og som en ressurs (eksempelvis den materielle standarden ved boligen).

I de siste årene har det skjedd minst to ting som til sammen har bidratt til at sammenhengen mellom bolig, helse og sosial ulikhet er satt på dagsordenen på en ny måte. For det første har det vært økt fokusering på sosial ulikhet i helse (se Dahl og Lie 2009). Helsedirektoratets handlingsplan mot sosial ulikhet i helse – *Gradientutfordringen* (Sosial- og helsedirektoratet 2009) – er et viktig uttrykk for denne økte oppmerksomheten. Handlingsplanen tar utgangspunkt i at sammenhengen mellom sosioøkonomisk status og helse danner et mønster som går gjennom hele befolkningen. For det andre har det også skjedd en endring i de boligpolitiske prioriteringene. Desentralisering og overføring av ansvar til kommunene, kombinert med nedbygging av institusjonsomsorg, har ført til behov for og utbygging av boliger og tjenester rettet mot utsatte grupper i kommunene. Samtidig har den sosiale boligbyggingen i stadig større grad blitt rettet mot marginaliserte og utsatte grupper. Kombinasjonen av økt fokusering på sosial ulikhet i helse, på boligsosialt arbeid og på boliger for utsatte grupper gjør spørsmålet om sammenhengen mellom bolig, helse og sosial ulikhet påtrengende aktuelt. Samtidig er muligheter på boligmarkedet avhengig av økonomiske ressurser. Som nevnt er ulikhetene i helse gjennomgående i hele befolkningen, mens fokuseringen på boligsosiale spørsmål retter seg mot utsatte grupper. Disse to tendensene trekker derfor i litt forskjellige retninger med hensyn til hvordan en skal forstå forskjellene. Langt på vei har vi derfor i vårt arbeid brukt to tilnærminger: sosial ulikhet i helse og boligsosiale kår. Vi har deretter prøvd å undersøke hvordan disse to tilnærmingene møtes, overlapper og belyser hverandre.

En bolig som er dårlig isolert, kan påvirke helsen til de som bor der. Dersom boligen ligger i et område med mye støy, kan også dette påvirke helsen til de som bor der. Boligen og bomiljøet kan ha betydning for den enkeltes helse, men hvordan henger dette sammen med sosiale

forskjeller i helse? Dette er hovedtema i denne rapporten. Vi skal systematisk gjennomgå nyere nordisk og noe internasjonal forskning som har undersøkt sammenhengen mellom bolig og helse, og vi skal i hovedsak gjennomgå publikasjoner som har relevans for sosiale forskjeller i helse. I tillegg finnes mye levekårsforskning som både tematiserer ulike sider ved helse og aspekter ved bolig og bomiljø. Vi vil også gjennomgå en del av den mest relevante levekårsforskningen.

Årsak og virkning

I forskning generelt, men kanskje i medisinsk forskning spesielt, er man opptatt av å identifisere årsakssammenhenger. Når det gjelder sosiale ulikheter i helse, har en fortsatt langt å gå før en har kartlagt disse sammenhengene fullt ut, særlig for norske forhold (Sund og Krokstad 2005). Dette gjelder ikke minst dersom en velger bolig som variabel. Det er ikke så lett å identifisere kausale sammenhenger mellom bolig og bomiljø som har relevans for helsegradienten. Det er imidlertid påvist kausale sammenhenger mellom bolig og helse, og som vi skal se, har disse også relevans for de sosiale forskjellene i helse. Mye av forskningen som presenteres viser kun en sammenheng mellom bolig og helse, og selv om det antas at boligen eller bomiljøet er årsaken til helseproblemene, gjør vi leseren oppmerksom på at det ikke alltid er selvsagt hva som inntraff først av helseproblemene og boligproblemene, og at man i noen tilfeller også kan tenke seg såkalte ”resiproke kausal-effekter”, altså at man har en vekselvirkning mellom bolig og helse.

Under viser vi kort hvilke forklaringer som er vanligst når en skal forklare sosiale forskjeller i helse. Vi nevner her en ”forklaring” som det er viktig å ha i bakhodet når en skal frambringe mer kunnskap om eller utforme politikk mot sosiale ulikheter i helse, nemlig artefaktforklaringer. Ifølge slike forklaringer framkommer sosiale forskjeller i helse gjennom metodologiske forhold som påvirker utfallet av analysene. Sund og Krokstad (2005) har en gjennomgang av betydningen av hvordan en måler sosiale forskjeller, og hvordan ulike mål på sosioøkonomisk status gir ulike resultater. Braveman og kolleger (2005) argumenterer for at en ikke bør benytte sammenslåtte mål på sosioøkonomisk status, men heller bruke de enkeltindikatorer som er tilgjengelige.

Materielle eller materialistiske forklaringer på helseforskjeller har historisk sett stått svært sterkt, men siden man ikke så vesentlige reduksjoner i helseforskjeller etter hvert som hele befolkningsgrupper opplevde betraktelig forbedring i levekår og helse, ble oppmerksomheten dreid mot de andre forklaringstypene (Elstad 2005). I beskrivelsen av materielle forhold som er viktige for helsen i moderne samfunn, trekker Elstad (2005) først og fremst fram arbeidsmiljøutfordringer, men han viser også til at forskjeller i inntekt og levestandard kan ha helsemessige konsekvenser "midt i den økonomiske velstanden av i dag" (Elstad 2005: 23). Inntektsforskjeller står i sentrum når Sund og Krokstad (2005) diskuterer hvordan materielle forhold påvirker helsen i dag. De trekker særlig fram fattigdomsproblematikken, og siterer Fugelli (1999): "Fattigdom og sykdom er samme dom". Hovedpoenget er at

selv om basale materielle forhold ivaretas ved et lavt inntektsnivå så vil hvert trinn opp inntektsstigen ha positive effekter på helsa (Sund og Krokstad 2005: 54).

Desto høyere en kommer i det sosiale hierarkiet, jo bedre er helsen. I nyere norske kunnskapsoppsummeringer av sammenhengen mellom helse og sosiale forskjeller er det andre faktorer enn bolig som trekkes fram som mest sentrale (Elstad 2005, Sund og Krokstad 2005). Lav inntekt, særlig over tid, vil ha konsekvenser for hva slags bolig og nabolag en kan bosette seg i. At bolig, boforhold og boligkvalitet får liten oppmerksomhet i disse kunnskapsoversiktene, kan nettopp skyldes at det finnes forholdsvis lite forskning på dette, særlig i Norge.

Den manglende, eller i alle fall lite kjente norske forskningen på sammenhengen mellom bolig og sosiale forskjeller i helse, er kanskje en av årsakene til at bolig som helsedeterminant berøres i forholdsvis liten grad i St.meld. nr. 20 (2006–2007) *Nasjonal strategier for å utjevne sosiale helseforskjeller*. Bolig nevnes i flere sammenhenger, men det handler i hovedsak om tilgang til bolig, og i liten grad om at egenskaper ved bolig og bomiljø kan ha helsekonsekvenser. Framtiden vil vise om denne sammenhengen blir like kjent hos de politiske myndighetene som selve helsegradienten, som gikk fra å være så godt som ukjent rundt årtusenskiftet (Dahl 2002), til i dag å være en integrert del av helsepolitikken (Dahl og Lie 2009). Det skal likevel legges til at stortingsmeldin-

gen nevner utsatte grupper (for eksempel personer med psykiske lidelser) og boligens betydning for å fremme sosial inkludering, samt behovet for boligsosiale tiltak og tiltak mot bostedsløshet. Dette er symptomatisk, og representerer temaområder som har hatt forholdsvis mye forskningsoppmerksomhet siden tusenårsskiftet.

Det er ikke slik at det ikke finnes forskning på sammenhengen mellom helse og bolig og bomiljø. WHO ga i 2004 ut et dokument som oppsummerer sammenhengen mellom bolig og ulike aspekter ved helsen. Som vi etter hvert skal komme tilbake til, er det også gjort noen studier i Norge. I Sosial- og helsedirektoratets handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse, Gradientutfordringen (2005), trekkes tiltak mot sosial ulikhet, nærmere bestemt omlegging av boligpolitikken, fram som et eksempel på tiltak som en vet fungerer for å redusere sosiale forskjeller i helse, uten at dette diskuteres i detalj.

I St.meld. nr. 20 (2006–2007) er en av hovedstrategiene å utvikle kunnskap og forstå sammenhengen mellom påvirkningsfaktorer for helse. I vår rapport er målet å samle kunnskap som finnes på dette området.

I hovedsak har vi i denne rapporten forsøkt å finne fram til relevant nordisk forskning. En av de faktorene som gjør internasjonal sammenligning vanskelig på dette feltet, er det faktum at boligmarkedene og boforholdene er svært forskjellige, selv mellom de nordiske landene. Et eksempel er forholdet mellom å eie boligen og å leie boligen. I Norge er leiemarkedet svært begrenset, hovednormen er å eie sin egen bolig. Mye av den sosiale boligbyggingen har vært gjort i regi av boligsamvirket, ikke gjennom et offentlig leiemarked. I våre nordiske naboland ser dette noe annerledes ut. I Danmark er det en mye større andel som leier, mens det svenske boligmarkedet ligner noe mer på det norske. Likevel er kunnskapen fra våre nordiske naboland, som har en velferdsstat som ligner på vår, relativt overførbart til norske forhold. Derfor har vi først og fremst ledd etter norsk og nordisk forskning.

Selv om vi har funnet en del internasjonal forskning som er relevant – særlig kanadisk, amerikansk og britisk, har vi altså funnet ganske få direkte relevante skandinaviske bidrag.

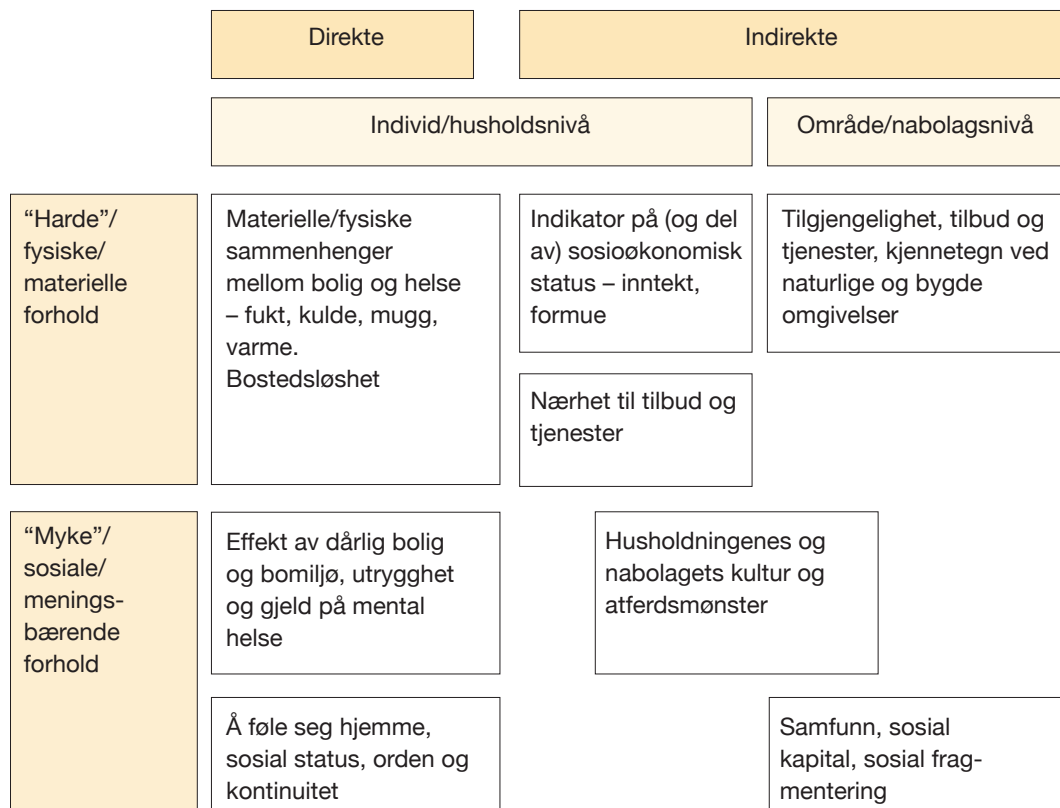
Det blir et viktig poeng å få større oversikt over betydningen av sosial boligpolitikk for helse. Hvordan kan ulike boligsosiale virkemidler, for eksempel å gi støtte til at utsatte grupper kan eie egen bolig, ha betydning for helse? Boligspørsmål vurderes i de foreliggende offentlige dokumentene som viktig for å redusere sosial ulikhet. Vi har på den ene siden et syn på bolig som en rettighet og noe som skal tildeles etter behov. På den andre siden foregår nesten hele fordelingen av boliger i et marked. Bostedsløshet og behovet for boligsosialt arbeid og boligsosiale tiltak er blitt et viktig sosialpolitisk tema. Boutgifter kan være en årsak til fattigdom. Det er et samspill mellom boligbehov og behovet for øvrig for offentlige tjenester. Inneklima og fysiske forhold rundt boligen er viktige for helse. Figuren på neste side, som er hentet fra Shaw (2004), men også blant annet brukt i WHO Europa (2004) sin oversikt over kunnskap om bolig og helse, illustrerer det komplekse samspillet. Rekken av faktorer viser med all tydelighet det komplekse samspillet mellom bolig, helse og sosial ulikhet. Likevel må vi konkludere denne bakgrunngjennomgangen med at boligspørsmål er et undervurdert tema – særlig innen forskningen – når det gjelder arbeidet med sosial ulikhet i helse.

Sosial- og helsedirektoratet (2005) trekker fram følgende forklaringer på sosial ulikhet i helse:²

- Oppvekstvilkår og livsløp
- Psykososiale faktorer
- Materielle forklaringer
- Helseatferd og livsstil
- Helsetjenesten
- Seleksjon

Selv om disse forklaringsfaktorene ikke er gjensidig utelukkende, er det naturlig å betrakte bolig først og fremst som en materiell faktor, som dessuten kan ha konsekvenser for de andre forklaringsfaktorene.

² Listen er hentet fra Midtsundstad og Dahl (2000), men de ulike forklaringstypene gjenfinnes også hos Sund og Krokstad (2005) og Elstad (2005).



Figur 1

Direkte og indirekte/ «harde» og «myke» måter bolig kan påvirke helse på. Fra Shaw (2004).

Et historisk bakteppe

I Helsedirektoratets arbeid med økt forståelse og utvikling av strategier for utjevning av sosiale ulikheter i helse (Whitehead og Dahlgren 2009a og 2009b) påpekes det at det er tre hovedstrategier for å utjevne denne ulikheten:

- fokus på de fattigste
- reduksjon av helsegapet
- reduksjon av sosiale ulikheter gjennom hele befolkningen

Disse strategiene er ikke gjensidig utelukkende, men de er forskjellige i hvordan arbeidet målrettes. Det er en nær sammenheng mellom boligstandard, fattigdom og sosial ulikhet generelt (se for eksempel Fløtten 2001). Det kan likevel se ut som dette i større grad har preget den politiske enn den forskningmessige dagsordenen.

Søkelyset på sammenhengen mellom bolig, helse og sosial ulikhet går helt tilbake til arbeiderbevegelsen på 1800-tallet. Både Dunn (2000) og Shaw (2004) trekker i artikler om bolig og helseulikhet linjene helt tilbake til 1870-tallets diskusjoner og påpeker at allerede Friedrich Engels tar opp boligspørsmålet. I Engels' framstilling er det store klasseforskjeller som medfører sosiale skiller. Arbeiderne samles i tettbeboede områder, med stor fare for epidemier. Også i en norsk kontekst kan en trekke linjene bakover i historien. Eilert Sundt dokumenterer ulikhet i helse på midten av 1800-tallet (Sundt 1987, Sund og Krogstad 2005). Han er også opptatt av boligforhold. Dårlige boliger, trangboddhet, dårlige sanitære forhold osv. medførte fare for smitte, sykdom og dårlige oppvekstvilkår. Boligspørsmålet har etter dette, med litt vekslende tyngde, vært viktig i arbeidet med å bedre fattiges levekår. Sanering av fattige områder i Kristiania før og etter krigen, utbyggingen av nye boligområder på 1950- og 1960-tallet, så vel som byfornyelsen på 1970- og 1980-tallet hadde som mål å skape bedre og mer helsefremmende boforhold.

Med dette historiske perspektivet i bakhodet er det vanskelig å forstå at det, ikke minst i norsk sammenheng, er forsket såpass lite på sammenhengen mellom bolig og helse.

Bomiljø og levekår ble et tema innenfor samfunnsmedisin og boligforskning på 1970- og 1980-tallet. En rapport som fikk mye oppmerksomhet var *Stovnerrapporten*, som kom i 1975. Rapporten tok for seg oppvekstvilkårene i den nye bydelen Stovner øverst i Groruddalen, og den ble beskyldt for å stigmatisere en hel bydel. I en doktorgradsavhandling i statsvitenskap fra 2004 (Klausen) omtales dette slik:

Stovner ble på midten av 1970-tallet notorisk landskjent etter at en omstridt forskningsrapport kritiserte oppvekstforholdene i bydelen. Aftenposten skrev på lederplass den 20/8 1975 at Stovnerrapporten om de menneskelige tragedier som er i ferd med å utvikle seg i en av de nyeste drabantbyer i Oslo, er blitt den hårdeste dom over sosialistisk politikk som hittil har sett dagens lys i hovedstaden.

Lokalhistoriker Roy Normann beskriver rapporten på følgende måte: Rapporten innleder med at mange barn på Stovner helt opp til de er 11–12 år gamle ikke kjenner navnet på sin tommelfinger, ukedagene eller årstidene. De var uvitende om når de var født, og hadde et dårlig begrep om hvor de bodde. En rekke av disse barna som hadde mistet evnen til å lære å lese, skrive og regne, ville sannsynligvis komme til å bli analfabeter. (...) Tidsskriftet var ellers fylt med en uhyre negativ kritikk av skoler, hjemmeforhold, boliger og lekeområder. Og for riktig å fokusere skikkelig på bydelen gikk navnet Stovner igjen på alle disse punktene. Stovner var en ghetto nærmest hvor skikkelige folk ikke kunne bo var en av konklusjonene (Normann 1997).

Rapporten ble opplevd som svært belastende i bydelen, og mange stilte seg uforstående til konklusjonene. Det er hevdet at saken har satt et varig preg på det politiske livet i bydelen:

Etter at bydelene ble ansvarlig for barne- og ungdomsarbeidet var det ingen politiker i Stovner bydelsutvalg som engang tenkte på å skjære ned på innsatsen til dette arbeidet, selv ikke i dårlige budsjettider, snarere tvert imot.

I den samme perioden skrev samfunnsmedisineren Odd Steffen Dalgard flere forskningsrapporter om bomiljøets betydning for psykisk helse (se eget avsnitt under kapitlet om sosial forhold). Dette er sentrale bidrag i norsk forskning omkring sammenhenger mellom boligforhold og psykisk helse.

Direkte og indirekte tilnærminger

Det meste av litteraturen vi omtaler i denne rapporten handler om sammenhengen mellom bolig, sosial ulikhet og helse, og det aller meste har en problemstilling som kan kobles direkte til bolig eller bomiljø og helseforskjeller. I tillegg finnes en del litteratur som ikke dukker opp når en søker på bolig, helse og sosial ulikhet, men som likevel er relevant for de sammenhengene vi undersøker. Det finnes for eksempel en rekke levekårsundersøkelser som i varierende grad er eksplisitt interessert i å undersøke sammenhengen mellom levekår og helse, enten ved å se på helsen i forhold til levekårene eller ved å se på helsen som en del av levekårene. Ved å inkludere en del bidrag fra levekårsforskningen får en således indirekte tilgang til forskning om temaet som skal belyses i denne rapporten. Hvis vi for eksempel tar for oss fattigdomsforskningen, nevnes bolig som årsak til fattigdom, boutgifter likeens, samtidig som lav boligstandard også brukes som en indikator på fattigdom (se for eksempel Fløtten mfl).

Både i den politiske diskusjonen og i forskningen er det imidlertid en erkjennelse av sammenhenger. Dette gjelder ikke minst i tilnærmingen til boligsosiale spørsmål, som er kommet stadig høyere på den politiske dagsordenen i Norge. Kartlegginger av bostedsløshet viser at rusavhengighet og psykiske lidelser er risikofaktorer for bostedsløshet (Hansen mfl. 2005, Dyb og Johannessen 2009). Helsetilstand påvirker muligheten for å få og beholde en bolig, men boform og boligtilbud kan påvirke helsen. Boligen er for mange en ramme for mottak av viktige tjenester. Det å klare å få en mer stabil bosituasjon for eksempel for personer med psykisk lidelse og rusmiddelavhengighet, kan føre til bedring i helse og til stabilisering av rusmiddelbruk (Hansen 2006). Det har vært igangsatt en egen strategi for å bekjempe bostedsløshet, og forskning har påpekt betydningen av kommunenes arbeid med å skaffe boliger og ikke minst egnede boliger til utsatte grupper. Ikke minst har det vært påpekt at det er nødvendig med et tilstrekkelig tjenestetilbud for at enkelte skal klare å opprettholde en stabil boligsituasjon (Ytrehus mfl. 2007, Hansen mfl. 2007). Et viktig aspekt er fysisk tilrettelegging av boligen, som for mange med forskjellige typer fysiske funksjonsnedsettelse er en forutsetning for å kunne bo.

Fafo-rapporten *Det er jo ingen som sulter her, men...* er en studie av kommunale strategier i arbeidet med å bekjempe fattigdom. Her framhever flere av aktørene i det lokale arbeidet at boligutgifter er en av årsakene til at mange opplever fattigdom. Noen av gruppene som nevnes er enslige forsørgere og minstepensjonister. Folk med lave inntekter har liten mulighet til å være en aktør i boligmarkedet, og disse henvises til å leie bolig. Denne studien tar for seg den velkjente utfordringen knyttet til at barn opplever problemer med å vokse opp i kommunale boliger, siden disse gjerne er lokalisert i belastede boområder (Hansen mfl. 2008). Studien viser at det er utfordringer ved å vokse opp i områder med sterk konsentrasjon av sosiale problemer knyttet både til sosial ulik fordeling av velferdsgodet bolig og til barns psykiske helse. Et tydelig poeng i flere Fafo-rapporter er samspillet mellom boligbehov og behov for andre tjenester. Dette byr på utfordringer når det gjelder å skape et integrert tjenestetilbud hvor de spesifikke boligsosiale behovene ses i sammenheng med andre tjenester. Tenkningen som kommer fram i denne forskningen, gir en indirekte indikator på sammenhengen mellom boligsituasjon og sosial ulikhet. Samtidig bidrar denne kunnskapen til en ytterligere generell utfordring når det gjelder å utvikle kunnskap om og kompetanse på boligsosiale spørsmål.

I Helsedirektoratets handlingsplan mot sosial ulikhet i helse – Gradientutfordringen (Sosial- og helsedirektoratet 2005) – påpekes den lineære sammenhengen mellom sosial posisjon og helse. Det påpekes at det er nødvendig med en tverrsektoriell strategi. Boligs spørsmål er nevnt, men i liten grad direkte omtalt i handlingsplanen.

Gradientutfordringen er grunnleggende i det norske arbeidet med helse og sosial ulikhet. Handlingsplanen tar for seg hva som menes med sosial ulikhet i helse. Den peker på at en bruker en rekke indikatorer, både direkte og indirekte. Blant de direkte indikatorene nevnes spesielt forventet levealder, død, forekomst av sykdommer, og selvopplevd helse. Blant de mer indirekte indikatorene nevnes trygdebruk og livsstilrelaterte faktorer. Sosial ulikhet i helse defineres som:

Systematiske forskjeller i helsetilstand som følge av sosiale og økonomiske kategorier, særlig yrke, utdanning og inntekt (Gradientutfordringen 2005).

Handlingsplanen trekker som tidligere nevnt fram seks vanlige forklaringsmåter for de systematiske forskjellene i helse: oppvekstvilkår og livsløp, psykososiale faktorer, materielle forklaringer, helseatferd og livsstil, helsetjenesten og seleksjon. Bolig er ett temaområde som kan knyttes til flere av disse forklaringsmåtene. Det gjelder for eksempel oppvekstvilkår, psykososiale faktorer, tjenesteutforming og seleksjon. De materielle aspektene er imidlertid de mest åpenbare.

Flere av bidragene som vi løfter fram i denne rapporten, påpeker at det har skjedd en stor endring når det gjelder prioritering av temaet ulikhet i helse i løpet av de siste årene. En del av dette arbeidet gjenspeiles i en rapport av Elstad, utgitt av Helsedirektoratet i 2008, som tar for seg utdanning og helseulikheter. I denne rapporten påpeker Elstad at utdanning er den desidert tydeligste determinanten for helseulikhet. Det er enkelt å tenke seg at oppvekstvilkår med blant annet gode boforhold (eget rom til å lese lekser osv) kunne være en av forutsetningene for godt gjennomført utdanningsforløp. Dette er imidlertid ikke tematisert i rapporten.

Boka *Under tak – mellom vegger!* (Brodtkorb og Rugkåsa 2007) tar for seg boligens betydning i velferdsstaten. Ulfrstad skriver om boligpolitikk og velferdsstaten (Ulfrstad 2007). Han påpeker at boligen er i ferd med å få en ny rolle i velferdsstaten. Den er blitt et sentralt virkemiddel i det lokale sosiale arbeidet. Dette krever tverrfaglig tilnærming og samarbeid mellom aktører som i liten grad har samarbeidet tidligere. Ulfrstad (2007) påpeker videre at boligsektoren er regulert av markedet, og at det samtidig råder en samfunnsmessig norm for tildeling etter behov. Det er derfor utviklet en rekke økonomiske virkemidler som bidrar til å redusere virkningene av markedet for de vanskeligst stilte. Han skiller mellom markedet som uttrykk for etterspørsel og det offentliges ansvar for å ivareta boligbehovet. Et annet bidrag i den samme boka er Hansen og Øverås sin artikkel om boliger for personer som samtidig har psykiske lidelser og rusproblematikk (Hansen og Øverås 2007). Her påpekes på samme måten nødvendigheten av tverrfaglig og tverretatlig samarbeid og oppfølging tilpasset den enkelte brukers behov.

En artikkel av Fosse og Strand i *Tidsskrift for samfunnsforskning* nr 1 2010, tar for seg folkehelsebegrepet og politisering av dette (Fosse

og Strand 2010). De mener at sosial ulikhet i helse har gått fra å være et lavt prioritert til et svært høyt prioritert område på kort tid, og spør hva som har skjedd. De påpeker videre at en reduksjon i gradienten krever tverrsektoriell og samlet innsats og prioritering innenfor mange politikk-områder. Artikkelen tar ikke for seg boligspørsmål spesielt, men påpekningen av tverrsektoriell innsats kan oppfattes som et poeng også på dette feltet. Dette bidraget kan oppfattes som typiske for den norske debatten på dette området. Diskusjonen om ulikhet i helse har bare boligspørsmål som en implisitt faktor.

En helt annen type bidrag som kan gi indirekte kunnskap, finner vi i en prosjektrapport fra SINTEF Byggforsk. Rapporten tar for seg grunnlaget for bolignormer og normenes rolle i politikk og planlegging (Hansen 2007). Boligpolitikken har en viktig plass i velferdsstaten, og det påpekes at for eksempel kvalitet, eierskap og størrelse er viktige elementer i denne politikken. Ikke minst påpekes det at boligen har vært viktig som en ramme for barns oppvekst. Rapporten tar videre opp spørsmålet om hva som skal til for å skape akseptable boforhold. Det hevdes at politisk og saksbehandlerskjønn er sterkt til stede når det gjelder spørsmålet om boligens egnethet, for eksempel med hensyn til standard, størrelse, trygghet og rimelige boutgifter. Alt dette er faktorer som kan ha en påvirkning på fysisk og psykisk helse og levekår.

I forbindelse med arbeidet med storbymeldingen i 2003 laget Statistisk sentralbyrå en rapport om boforhold i storbyen (Andersen mfl. 2003) Rapporten presenterer omfattende statistikk om størrelse, eierskap, boutgifter, boligtype osv. Et av hovedkapitlene tar for seg utsatte grupper; enslige forsørgere, innvandrere, fattige, funksjonshemmede og sosialhjelpsmottakere. Det påpekes at det er tre grupper som skiller seg ut når det gjelder dårlige boforhold i Oslo og Akershus; og det er sosialhjelpsmottakere, ikke-vestlige innvandrere og fattige.

I European Network for Housing Research (ENHR) finnes det en arbeidsgruppe med tittelen The Residential Context of Health Working Group. De sto for en serie workshops på ENHR sin konferanse i Praha i 2009. Deltakerne kom fra Sverige, Slovenia, USA, Storbritannia, Canada, Australia, Norge, Japan og Nederland. Blant temaene som ble diskutert var mulige helseeffekter av boligfornyelse, forholdet mellom

bolig og helse blant eldre, nabolagsutviklingens konsekvenser for mobilitet blant barn, bolig og psykisk helse, og boliger for funksjonshemmede. Hartig og Lawrence (2003) diskuterer boligens betydning for helse i en introduksjonsartikkel i et spesialnummer av *Journal of Social Issues* nr 3/2003. I denne artikkelen trekkes det fram en rekke spørsmål som forfatterne mener er sentrale når det gjelder hvordan boligforhold påvirker helse. De påpeker at det er en kompleks sammenheng mellom bolig og helse, og at det er for begrenset å forstå det fysiske miljøet som forutsetning for helseforhold. En må inkludere en rekke sosiale spørsmål, som for eksempel stigmatisering, miljørettferdighet, beskyttelse av privatlivet og tjenester innen helse og omsorg.

Fysiske forhold

Boligens fysiske kjennetegn, som for eksempel størrelse, standard og beliggenhet, er en del av de materielle forhold den enkelte lever under. Tradisjonelt har materialistiske forklaringer vært viktige for å forklare sosioøkonomiske forskjeller i helse (se for eksempel Elstad 2005). Materialistisk brukes da i en vid forstand, og forstås ofte som tilgang til materielle ressurser eller fravær av slike. Inntektsfattigdom regnes som den klassiske materielle forklaringen på dårlig helse, sykdom og tidlig død (Sund og Krokstad 2005). Selv om den materielle levestandarden blir stadig høyere, vedvarer de sosiale ulikhetene i helse.

Boligen utgjør en avgrenset del av den materielle levestandarden. Hva slags bolig en lever i, hvor stor den er og om en eier eller leier, henger sammen med hva slags øvrige ressurser man har tilgang på (inntekt, utdanning osv). Disse forholdene har også betydning for helsen, og det kommer vi tilbake til i kapitlet om sosiale forhold. I dette kapitlet skal vi se nærmere på betydningen av boligens beskaffenhet, med vekt på det fysiske miljøet i og rundt boligen.

Siden hovedfokus i denne rapporten er rettet mot sosiale forskjeller i helse knyttet til boligen og bomiljøet vil vi ikke gå gjennom all forskning som ser på ulike elementers betydning for helsen, men vil trekke frem eksempler som har eller kan ha betydning for sosial ulikhet i helse. For en mer systematisk oversikt over hvordan ulike fysiske forhold påvirker helsen, se for eksempel Folkehelseinstituttet (2009).

Summariske oversikter over vitenskapelig anerkjente sammenhenger mellom bolig og helse viser at boligen og bomiljøet har betydning for både den psykiske og fysiske helsen (WHO 2004, 2006). En av de viktigste funksjonene en bolig har, er å gi ly og beskyttelse fra omverdenen. Dersom man bor i en bolig som ikke gir tilstrekkelig beskyttelse mot omgivelsene, både med tanke på å regulere forholdet mellom den private og offentlige sfære og med tanke på ulike forurensingskilder, kan det medføre stress og uro, og være en kilde til framvekst av angst, depresjon, søvnløshet og andre sykdommer.

Sammenhengen mellom bolig og helse trenger ikke i seg selv å være sosialt skjev. Visse typer forurensing medfører økt risiko for sykdom, uavhengig av sosial status. Samtidig vet vi det er store sosiale skiller mellom ulike geografiske boligområder (se for eksempel Bråthen mfl. 2007), dermed kan personer med lav sosial status være mer eksponert for risikofaktorene. Det er ikke bare kvalitet på boligen, men også beliggenhet som har stor betydning for eiendomsprisene. Det er de mest ressurssterke som har mulighet til å kjøpe de mest attraktive boligene i de mest attraktive bomiljøene. I tillegg vil de som har mest ressurser oftere være bedre i stand til både å finne og å utbedre forhold i boligen som kan ha betydning for helsen.

Effekten av de materielle forholdene den enkelte lever under, i dette tilfellet boligen og bomiljøet, er dermed delvis avhengig av den enkeltes helseatferd. Og helseatferd er også en faktor som regnes som viktig for å forklare sosioøkonomiske forskjeller i helse (Elstad 2005). I korthet handler helseatferd om at ulike sosiale grupper har spesielle handlemåter og forbruksmønstre som påvirker helsen, noen trener mer enn andre, noen spiser sunnere enn andre og så videre.

Det er ikke et klart skille mellom faktorer i boligen som har betydning for helsen, og faktorer utenfor boligen som har det. Mange av helseproblemene i boligen er forårsaket av forurensing, i vid forstand, fra boligens omgivelser. Vi vil i den videre framstillingen likevel forsøke å skille mellom inneklima i boligen og forhold som gjelder boligens beliggenhet og omgivelser, så som forurensing, herunder støy og tilgang på grøntarealer.

Boligen – inneklima

Mange forhold i boligen kan påvirke luften inne og dermed helsen. Verdens helseorganisasjon (2004) framhever at blant annet forekomsten av radon, tobakksrøyk og forurensing fra matlaging, vaskemidler og bygningsmaterialer, har betydning for helsen. I tillegg vektlegges inne-temperatur og sopp-/muggvekst som følge av fuktskader (WHO 2004).

Vi har ikke sett studier fra Norge som dekker alle disse forholdene, men det er ingen grunn til å anta at disse sammenhengene skulle være vesensforskjellige i Norge. Som nevnt over er mange av sammen-

hengene mellom inneklime og helse uavhengig av sosial status; dersom én eksponeres for noe som har negativ effekt på helsen, gjelder dette for alle. På den annen side vil eksponeringen i mange sammenhenger være sosialt skjevfordelt, fordi mange av problemene henger sammen med dårlig vedlikeholdte boliger, noe som igjen påvirker eiendomspris og hvem som bosetter seg der.

Temperaturen i boligen påvirker forekomsten av hjerte- og karsykdommer, reumatiske sykdommer og overdødelighet. Selv om norske boliger er bygget for norske forhold, vil også gamle boliger i Norge være kaldere enn nye boliger, og kostnader og inntekter vil påvirke hvor mye en kan bruke på oppvarming i vinterhalvåret. Omtrent en av ti hushold i Norge opplever at det kan være vanskelig å varme opp hele eller deler av boligen (Nordvik 2006).

De fleste boliger har innslag av sopp- eller muggvekst. Problemet er størst i eldre boliger med høy luftfuktighet, ofte etter vannskade. Internasjonal forskning har vist at ressursvake grupper oftere bor i boliger med sopp- og fuktproblemer (WHO 2004). Helseproblemer som gjerne oppstår som følge av sopp (og/eller fuktighet) er allergier og andre luftveisproblemer, samt utmattelse, hodepine, angst og depresjon (WHO 2004, 2006). I Norge rapporterer omtrent fem prosent av hushold at de har rom med sopp, mugg eller råte (Nordvik 2006)³. Barn som bor i boliger med fuktskader eller -problemer har forhøyet risiko for å oppleve luftveisproblemer (Nafstad et al. 1998).

Det faktum at norske boliger er bygget for norske forhold, er en årsak til at radon er et større problem her (og i Sverige og Finland) enn andre steder. Godt isolerte hus holder bedre på radongass. Eksponering for radongass er en av årsakene til lungekreft (Darby et al. 2005), og studier har også vist at radon kan ha betydning for leukemi hos barn (Raaschou-Nielsen et al. 2008) og multipel sklerose (Bolviken, Celius, Nilsen og Strand 2003).

³ Mens boligprisene for boliger i nær tilknytning til Nordmarka stort sett er så høye at det krever svært mye ressurser (det vil si penger) for å få tilgang til dem. Dermed er tilgangen til forurensingsfri natur lettere tilgjengelig for høystatusgruppene i Oslo.

Radoneksponeringen rammer i hovedsak tilfeldig, da man ennå ikke har full oversikt over forekomsten rundt om i Norge. Radonforekomsten er foreløpig bare undersøkt på utvalgte steder i utvalgte kommuner (se Strand et al. 2001, Strand et al. 2003), og kan i utgangspunktet ikke knyttes til sosiale forskjeller. På den annen side er sammenhengen mellom radon og lungekreft langt sterkere blant røykere (og tidligere røykere) enn ellers (Darby et al. 2005), og i dag er røykere overrepresentert blant personer med lav sosioøkonomisk status (Sund og Krokstad 2005), og dermed er farene ved radoneksponering sosialt skjevfordelt⁴.

Det er viktig å være klar over at innemiljøet også kan ha betydning langt ut over den tiden en faktisk er eksponert for det. Næss, Claussen og Smith (2007) har vist at barns boforhold har betydning for dødeligheten når en blir voksen. De fant blant annet at sanitærforholdene i boligen, målt som tilgang på bad og wc inne i boligen samt antall rom per person i 1960, hadde betydning for dødelighet 30 år senere.

Det finnes med andre ord en rekke anerkjente studier som viser at boligens inneluft og andre fysiske forhold ved boligen har betydning for helsen (for en oversikt over hvilke sammenhenger som er anerkjente og hvilke som krever ytterligere forskning, se WHO (2006)). Når det samtidig er slik at boligstandard er sosialt skjevt fordelt, personer med lav sosioøkonomisk status oftere bor trangt i eldre og dårlig vedlikeholdte boliger, vil fysiske forhold ved boligen bidra til å opprettholde de sosiale forskjellene i helse.

Bomiljø – utemiljø

Hvor boligen er plassert geografisk, har også betydning for helsen. Ytre forurensing som støy og partikler i luften, har betydning for inneklima og trivsel i egen bolig. Hvordan en oppfatter nabolaget en bor i, særlig med tanke på ro og orden, trygghet og kriminalitet, påvirker også helsen. Videre regnes tilgang til grøntarealer som positivt for helsen. I St.meld. nr. 20 (2006–2007) påpekes det at det ikke bare er levekår og helse som

⁴ Dersom radonforekomsten var kjent over alt, kan en tenke seg at dette vil påvirke eiendomspriser, og dermed forsterke de sosiale forskjellene i radoneksponering. Samtidig har myndighetene utarbeidet en strategi for å motvirke effektene av radon (Helse- og omsorgsdepartementet 2009), blant annet nye regler i plan- og bygningsloven, noe som kan motvirke slike effekter.

er geografisk skjevfordelt, men at negative miljøfaktorer også har en tendens til å samles i visse deler av norske kommuner, og særlig i bykommuner. Dermed er eiendomspriser også en indikator på bomiljøkvalitet som bidrar til å samle høyinntektsgruppene i de beste områdene. Dette bidrar igjen til opphopning av personer med lav sosioøkonomisk status i noen områder, som kan forsterke de sosiale helseforskjellene (se også Dølvik, Nadim og Nielsen 2008).

Mye og vedvarende støy er stressende, og det kan påvirke muligheten til å få seg en god natts søvn. Vedvarende søvnproblemer er problematisk i seg selv, men har også negativ effekt på både fysisk og psykisk helse (WHO 2004). I Norge oppgir omtrent syv prosent at støy fra gate/vei er noe eller meget plagsomt inne i boligen, for støy fra fly er andelen omtrent den samme, mens støy fra naboer/trapper/vannrør er et langt mindre problem. Rundt fem prosent oppgir at støy skaper søvnproblemer (Nordvik 2006). I store byer vil omfanget av slike problemer være større. I Oslo som helhet oppgir omtrent en firedel at de er plaget av støy fra gate/vei, mens det gjelder for en av tre i indre by (Bråthen mfl. 2007).

Partikkelforurensing fra industri og trafikk kan ha negative effekter på helsen, blant annet med hensyn til luftveisproblemer og allergier. Eksposering mot luftforurensing er sosialt skjevfordelt, og dermed er konsekvensene av luftforurensing også det. I Oslo er det mer luftforurensing i områder hvor personer med lav sosioøkonomisk status er i flertall (Næss, Piro, Nafstad mfl. 2007), og forurensingsnivået påvirker dødelighet (Næss, Nafstad, Aamodt mfl. 2007). Dermed vil også geografisk og sosial variasjon i forurensing bidra til å opprettholde sosiale forskjeller i helse.

Forurensing henger blant annet sammen med trafikkbelastning. Økt trafikk gir mer luftforurensing. Økt trafikk gir også økt risiko for trafikkulykker. Personer med lav sosioøkonomisk status har størst risiko for trafikkulykker spesielt, og ulykker generelt. Dette mønsteret er tydeligst for ulykker med dødelig utgang, samtidig som det er en viss usikkerhet knyttet til den sosiale fordelingen av risikoeksponering (Alvær, Hesselberg og Lyshol 2009). I et forsøk på å eksemplifisere hvordan sosiale forskjeller kan ha betydning for trafikkulykker siterer de Elstad (2005: 40) som skriver: "De med lave inntekter vil i større grad bo i sterkt

trafikkerte områder og deres barn vil leke i trafikkfarlige miljøer i stedet for i beskyttede hager.” I tillegg vil de ”med lave inntekter oftere ha små, eldre og derfor mindre trafikksikre biler enn de velstående” (ibid.). Det er med andre ord rimelig å anta at i alle fall en del av sammenhengen mellom sosial posisjon og alvorlige ulykker skyldes eksponering mot risikofaktorer og at det ikke nødvendigvis er en direkte sammenhenge mellom sosial posisjon og alvorlige ulykker.

Dersom barn i familier med lave inntekter i større grad enn andre barn leker i trafikkfarlige områder er tilgang til grøntarealer, parker og friområder viktig for å prøve å redusere risikoen for alvorlige trafikkulykker.

Tilgang til parker, grøntarealer og andre friområder regnes som en sentral del av et godt bomiljø som har positiv effekt på helsen (WHO 2004). Det er uklart i hvilken grad og på hvilken måte grøntarealer bidrar til helseforskjeller, men grøntområder vil bidra til redusert forurensing, og kan bidra til økt fysisk aktivitet og generelt velvære. Dersom grøntarealer er skjevfordelt rent geografisk, kan dette påvirke eiendomsprisene, og derigjennom den sosiale fordelingen av helseproblemer. Ifølge Næss, Nafstad, Aamodt mfl. (2007) ligger mange parker og friområder i Oslo i nærheten av det de har definert som lavstatus nabolag med høy forurensing. Dermed kan det være at parkene i indre by bidrar til å redusere sosial ulikhet i helse⁵.

I Norge anbefales det at man i tettbygde strøk har grøntarealer eller ”nærrekreasjonsområder” som ligger maksimalt 8-10 minutter hjemmefra (Thorén og Nyhuus 1994, Helse- og omsorgsdepartementet m.fl. 2004). Hvor langt en kommer seg på den tiden avhenger blant annet av alder og fysisk form, noe som innebærer at barn og eldre bør ha grøntområder nesten i umiddelbar nærhet, mens mer spreke og mobile personer kan nå langt på 10 minutter.

En studie fra Odense i Danmark viste at de viktigste faktorene for bruk av parker i byen var størrelsen på parken og avstanden til den, mens de

⁵ Mens boligprisene for boliger i nær tilknytning til Nordmarka stort sett er så høye at det krever svært mye ressurser (det vil si penger) for å få tilgang til dem. Dermed er tilgangen til forurensingsfri natur lettere tilgjengelig for høystatusgruppene i Oslo.

ikke fant noen effekt av utdanningsnivå (Schipperijn mfl. 2010). Det er dermed ikke sikkert at tilgang på grøntarealer i seg selv har betydning for sosiale forskjeller i helse. På den annen side finnes det studier som implisitt viser betydningen av åpne friområder, da man har funnet at barn i fattige familier i mindre grad deltar i organisert idrett, men samlet sett er like aktive som barn fra ressurssterke familier (Voss m.fl. 2008). Dermed kan det være viktig at ikke alle nærrekreasjonsområder utvikles med tanke på organisert idrett.

Bolignære grøntområder er dermed viktig for at barn skal ha tilgang på trygge lekeplasser. Samtidig påpeker Hansen (2007) at det også er viktig at slike områder er store nok til at eldre barn og voksne kan ha glede og nytte av dem.

I Sverige har en studie vist at tilgang til friområder (og fred og ro) målt som å eie en fritidsbolig, reduserte uførepensjonsraten for menn, etter å ha tatt hensyn til utdanningsnivå, inntekt og hva slags bolig en bor i til vanlig. Noe overraskende finner de at kvinner med høy sosial status og fritidsbolig har større sannsynlighet for uførepensjonering enn andre kvinner (Hartig og Fransson 2009). De spekulerer i om dette kan ha sammenheng med at den totale arbeidsbyrden, på jobb og hjemme, øker risikoen for helseproblemer.

Ikke alle sammenhengene mellom boligen, omgivelsene og helse berører sosial ulikhet direkte, likevel er eksponeringen og utbredelsen av disse faktorene i alle fall delvis avhengig av sosiale forskjeller i ressurs-tilgang, og dermed blir utfallene også avhengig av sosiale forskjeller. Selv om det vil være en fordel med mer norsk forskning på disse sammenhengene, er det ikke tvil om at en også må fokusere på det fysiske miljøet, i boligen og i omgivelsene, når en skal redusere sosiale forskjeller i helse.

Sosiale faktorer

Det såkalte fordelingsutvalget som ble nedsatt av Finansdepartementet i 2008, avla sin rapport omtrent ett år senere, i NOU 2009:10. I rapporten diskuteres blant annet årsakene til den sosiale ulikheten i helse. Det påpekes at det er ulike årsaker som drar samme vei og som til sammen kan forklare de statistiske sammenhengene mellom sosioøkonomiske indikatorer og helse. Det drøftes hvordan disse adderer seg opp og gjensidig forsterker hverandre, og ofte befinner seg i en årsaksrekke. De nevner for eksempel hvordan jobbmulighet påvirker inntekt, som igjen påvirker muligheten på boligmarkedet og derigjennom tilgangen på helsefremmende nærmiljø. Ifølge logikken i utvalgets drøftinger er det med andre ord både en opphopning og en årsakskjede bak de sosiale helseulikhetene. Bolig inngår i denne årsakskjeden, men må også ses som en av mange faktorer som hopper seg opp positivt eller negativt i enkelte grupper i befolkningen.

Vi har valgt å dele dette kapitlet inn i deltemaer, som i hovedsak følger logikken i den tematiske tabellen som er gjengitt i metodekapitlet. Først ser vi på selve boligen og dens beskaffenhet, deretter på sammenhengen med levekår og fattigdom. Spørsmålet om å eie eller leie er en forutsetning for diskusjonen om bolig og psykisk helse. Bomiljø ses i sammenheng med geografi og marginalisering, og til slutt ser vi på bostedsløshet og hva en kan få av kunnskap gjennom tiltaksevalueringer.

Gradientutfordringen er det navnet Helsedirektoratet har gitt sin handlingsplan mot sosial ulikhet i helse. Store norske leksikon sier at gradient er en helling som er uttrykk for endring av en størrelse. I vår sammenheng innebærer gradientbegrepet at det er en lineær sammenheng mellom nivå på sosioøkonomisk status og helse.

Dahl (2002) har skrevet om sosial ulikhet i norsk helsepolitikk på 90-tallet, og han mener området fikk lite politisk oppmerksomhet til tross for at det er et alvorlig problem, med store konsekvenser både økonomisk og menneskelig. Dahl mener en av årsakene er arbeidslinja i sosialpolitikken, der deltakelse i arbeidslivet har vært det sentrale. Han diskuterer imidlertid ikke boligspørsmål spesielt. I en senere artikkel (Dahl og Lie

2009) viser de hvordan temaet har blitt et høyt prioritert område, og hvordan perspektivet er endret fra et individuelt fokus til en mer strukturell forklaring på sosial ulikhet i helse, hvor en ser på gradienten som en sosial determinant. Boligspørsmålet er imidlertid fortsatt fraværende i Dahls og Lies artikkel. Oppmerksomheten er særlig rettet mot arbeid, atferd og sosial inkludering. I artikkelen gjøres det et poeng ut av at sosial ulikhet i helse må inn som et perspektiv på en rekke politikkområder. Dette innebærer at sosial ulikhet i helse må gjøres til et allment perspektiv i arbeidet for sosial inkludering og mot fattigdom. I dagens arbeid for å bekjempe fattigdom og bostedsløshet, er bolig en viktig faktor nettopp for å oppnå økt grad av sosial inkludering.

Hansen mfl. evaluerte i 2008 kommunale strategier i arbeidet med å forebygge og bekjempe fattigdom (Hansen 2008). I rapporten diskuteres det at boligmarkedet skaper fattigdom. De understreker at en levekårsorientert tilnærming til fattigdom må se på hvordan mangel på økonomiske ressurser virker sammen med arbeidsmarked, helse og bolig. Kommunal satsing på boligsosiale tiltak har som forutsetning at det kan være belastende for barn å vokse opp i bomiljøer med opphoping av sosiale problemer. Et slikt belastende bomiljø kan fungere som et hinder for å komme seg ut av en situasjon med sammensatte sosiale problemer. Dette gjelder ikke minst for rusmisbruk (Hansen 2007).

Forskning om barnefattigdom har i stor utstrekning tatt for seg økonomisk fordeling og barns opplevelse av å leve i fattigdom (se for eksempel Nadim og Nielsen 2009, Ytrehus 2004). Elstad (2008) analyserer helse blant lavinntektsbarn og viser at helserelaterte forhold på lang sikt utvikler seg dårligere hos lavinntektsbarn enn hos barn flest. Dette gjelder ikke for sykdommer og medisinske problemer i tradisjonell forstand, men for eksempel kroppslig vekst og psykososiale forhold. Videre fører det til dårligere trivsel, større skolefravær og mer kontakt med hjelpeapparatet. Dette gjelder for de norske barna. Når det gjelder barn med ikke-vestlig bakgrunn er det bare når det gjelder kroppslig vekst at lavinntektsbarna skiller seg ut. Elstad spør om det er trang økonomi i seg selv som virker eller om det er andre omstendigheter, og svarer at det er vanskelig å si. Han nevner samspillet mellom sosiale og økonomiske ressurser og viser at det er større grad av helserelaterte problemer hos barn som ikke vokser opp med begge biologiske

foreldre. Uansett har lav inntekt egen statistisk effekt. Flytting og boligforhold diskuteres av Grødem (2008). Hun viser at lavinntektsfamiliene har større sjanse for trangboddhet. Oppvekstvilkårene utgjør et komplisert samspill av forskjellige faktorer. Grødem og Elstads funn i undersøkelsen om barns levekår (Sandbæk 2008) viser på nytt behovet for å analysere mer direkte dette kompliserte samspillet, og med særlig vekt på boligforholdenes rolle.

I dette kapitlet vil vi også ta for oss en noe mer direkte tilnærming til temaet. Krasnik og Rasmussen påpeker i en introduksjonsartikkel til et spesialnummer av *Scandinavian Journal of Public Health* (2002) at lokalt engasjement, lokal samfunnsutvikling og søkelys på nabolagene er viktige tilnærminger i tiltak mot sosial ulikhet. Sosial tilhørighet, sosial kapital og avmakt nevnes som viktige faktorer. Bolig er ikke direkte nevnt i denne artikkelen, men må kunne regnes som en viktig implisitt faktor når det gjelder nabolag.

Boligstandard

Boligstandarden i Norge er blitt kartlagt jevnlig. Spørsmål om bolig inngår i folketellingen. Den siste folketellingen i Norge ble gjort i 2001. Næss mfl. (2004) bruker boligdata fra folketellingen som indikatorer på deprivasjon (materielle levekårsmangler) og måler dette i forhold til dødelighet. De finner at alle dødsrisikoer øker med graden av deprivasjon (materielle levekårsmangler), og dette skjer på forskjellige stadier i livet. De konkluderer med at det er nødvendig med en livsløpstilnærming for å kunne forstå hvordan sosiale forhold påvirker dødeligheten, da det ser ut til at ulike faktorer virker i ulik grad i forskjellige faser i livet.

Boligstandarden i Norge må sies å være høy. I gjennomsnitt er det 1,7 rom per person i boligen, og 97 prosent har både bad og wc i boligen⁶.

Nordvik (2006) viser på samme måten ved hjelp av levekårsundersøkelsen 2004 positive tall om boligstandarden i Norge generelt sett. Han definerer boligstandard som de fysiske og materielle dimensjonene ved

⁶ Kilde: SSB: <http://www.ssb.no/emner/05/03/>

boforholdene. Gjennomsnittstallene tyder på at boligmassen er forholdsvis rommelig, og bare 7 prosent bor trangt. Trangboddhet er da definert som at det er færre rom i boligen enn personer i husholdet (Gulbrandsen 2006).

Over halvparten av de som bor i trange boliger etter denne definisjonen mener imidlertid at boligen er passe stor. Tallene fra levekårsundersøkelsen i 2004 viser også en sterk positiv sammenheng mellom husholdsinntekt og størrelsen på husholdets bolig (Nordvik 2006). Tronstad (2008) bruker også levekårsdataene og kommer fram til at 12 prosent av befolkningen bor trangt. Andelene er langt høyere blant enkelte innvandringsgrupper som for eksempel somaliere, pakistanere og irakere (Bråthen m.fl. 2007, Tronstad 2008).

Levekår og fattigdom

Boligspørsmål er en selvsagt del av en levekårsundersøkelse. Likeledes er helse en sentral indikator på befolkningens levekår, da dårlig helse ofte sammenfaller med andre levekårsproblemer. Dårlig helse vanskeliggjør arbeid, noe som har konsekvenser for inntektsmulighetene, og redusert inntekt kan føre til redusert levestandard. Samtidig kan dårlige levekår føre til svekket helse. Helseproblemer kan både være en årsak til og en konsekvens av levekårene.

Den norske levekårsforskningen kan grovt sett sies å følge to spor. For det første har vi den generelle befolkningstilnærmingen som finnes i de rullerende levekårsundersøkelsene som gjennomføres av Statistisk sentralbyrå. Imidlertid har det også utviklet seg en omfattende forskning som supplerer denne generelle tilnærmingen. Det er levekårsforskning rettet mot spesielle grupper. Eksempler på slik forskning er levekår blant innsatte i fengsler, blant hivpositive eller blant kreftrammede. På samme måten har en fått forskning som retter seg mot levekår i mer avgrensede geografiske områder, eksempelvis Groruddalen. Bolig er behandlet som tema i flere av de levekårsundersøkelsene som Fafo har gjennomført i de siste årene. Dette gjelder både de geografisk orienterte og de gruppeorienterte levekårsundersøkelsene.

Boligbelastninger har også vært brukt som en måte å definere fattigdom på. Fløtten mfl. (2002) drøfter forskjellige fattigdomsdefinisjoner. Den vanligste definisjonen er basert på inntekt. En kan også lage mer administrativt orienterte definisjoner eller definisjoner basert på forbruk og behov. Bolig, eller boligbelastninger, er en av de mulige fattigdomsdefinisjonene som trekkes fram i denne gjennomgangen. Rapporten henviser til levekårsundersøkelsen fra 1995, som viser at dersom en bruker boligbelastninger som den primære fattigdomsindikatoren, vil særlig ungdom under 24 år og enslige representere en fattigdomsrisiko. En kan også tenke seg at sykdom påvirker boligforholdene, direkte eller indirekte. Lang tids sykdom kan for eksempel påvirke familiens økonomi, som igjen kan påvirke boligforholdene. Samtidig kan personer med alvorlige sykdommer ha særskilte behov for tilrettelegging av boligen. Undersøkelser av levekår for så forskjellige grupper som kreftrammede og hivpositive, viser at boligforholdene er forholdsvis gode. Vi kan hente et eksempel fra en rapport om hivpositives levekår, der står det følgende:

[...] folk bor bra i den forstand at de har tilgang til de vanlige fasilitetene vi finner i norske boliger. 98 prosent sier at boligen har wc, bad/dusj og varmt vann. Nesten ni av ti har mer enn ett rom i tillegg til kjøkkenet. De som rapporterer om dårligere boligstandard, er med andre ord så få at det ikke er mulig å identifisere i statistikken hvilken gruppe de representerer.

[...] Hvordan man bor og er etablert ser ut til å ha sammenheng med faktorer som økonomisk situasjon, hvor man var i livet når man ble hivsmittet, utdanning og posisjon i arbeidslivet og familiesituasjon. Mange av informantene leier bolig og få eier selv. Flere bor i kommunale boliger. De som eier selv ser i større grad ut til å være fornøyde med boligen sin. Vi får et inntrykk av at de som har blitt smittet tidlig i livet ikke har fått mulighet til å kjøpe egen bolig på grunn av usikker økonomi. Noen av informantene er opptatt av at boligen har en standard som gjør det utfordrende å ta vare på egen helse. For noen utleieboliger og spesielt kommunale leiligheter er informantene bekymret for egen helse på grunn av trekk og dårlig standard som de opplever gjør dem syke.

[...] En liten gruppe – én av fem – mener at boligen ikke er tilpasset deres helsemessige behov. (Grønningsæter mfl. 2009)

Vi ser altså at spørsmålet om bolig inngår som et element i forskningen på grupperes levekår. Det er likevel vanskelig å trekke klare konklusjoner, kanskje fordi boligstandarden i Norge er så bra som den er. I flere studier rapporteres det om behov for bedre tilpasning av boligen til den enkeltes behov.

Innsatte kan stå som et eksempel på en utsatt gruppe. En stor andel av dem er uten et sted å bo etter endt soning (Fristad og Hansen 2004). En tredel er bostedsløse, og dette er en gruppe med store fysiske og psykiske plager. Dyb (2009b) finner at to av tre mangler bolig ved løslatelse. Forskningen om bostedsløse som er nevnt et annet sted i rapporten, viser likeledes at noen av de mest marginaliserte gruppene, som for eksempel personer med rus- og psykiatriske problemer, er overrepresentert blant bostedsløse.

Dølvik, Nadim og Nielsen (2008) har vist at geografisk segregering, målt som segregering av individer med levekårsproblemer (blant annet uførestatus), påvirker utbetalt sosialhjelp selv etter kontroll for en rekke andre forhold. De påpeker imidlertid at årsakssammenhengen er uklar, da bosettingsmønster både kan være en årsak til sosialhjelpsmottak og en effekt av å være sosialhjelpsmottaker. Det er igjen et eksempel på spørsmålet om årsakssammenheng – høna og egget.

I prosjektet "Levekår på vandring" (Bråthen mfl. 2007) undersøkte man utbredelsen av trangboddhet i de ulike bydelene i Oslo. Trangboddhet ble tradisjonelt sett på noe som kunne medføre et helseproblem, mens forfatterne der betrakter det mer som en indikator på manglende økonomiske ressurser. Uansett viser de at andelen som bor trangt varierer etter områder i Oslo, og at det er mest vanlig nært sentrum. I enkelte innvandrergupper er trangboddhet normen.

En rapport om barns levekår (Sandbæk 2008) ser på familiens inntekt og barns levekår over tid. Rapporten har en bred tilnærming til familiens inntekt, boligforhold, sosialt nettverk, helse relaterte forhold, skole, sosial

deltakelse, eksklusjon osv. Forskergruppen har analysert data samlet inn i en lavinntektsgruppe og et kontrollutvalg, og de har spurt de samme familiene i 2003 og 2006. Grødem (2008a) drøfter mulig opphopning av levekår. De indikatorene som brukes, er boligfattigdom, forbrukerfattigdom og subjektiv fattigdom. Rapporten viser at en liten andel av lavinntektsfamilien har problemer på flere områder. Ni prosent har problemer på to områder, mens tre prosent har det på tre områder. Grødem (2008b) analyserer også flytting, boligforhold og boligproblemer. Familier i lavinntektsgruppen har mer flytting, overrepresentasjon av leieboliger, og trangboddhet. Både trangboddhet og det å bo i leiebolig kan, som vi har vist et annet sted i rapporten, ha sammenheng med for eksempel psykisk helse.

Eie eller leie

I flere internasjonale forskningsbidrag presenteres et skille mellom å eie og å leie. Andre innfører også et skille mellom det private og det offentlige leiemarkedet. Det er flere eksempler på at eierforholdet gir signifikante forskjeller. En utfordring knyttet til denne indikatoren på boligressurser er at det er store forskjeller fra land til land når det gjelder hvilken rolle de ulike delene av boligmarkedet spiller. Vi vet for eksempel at i Norge er leiemarkedet svært begrenset, og at det offentlige (kommunale) leiemarkedet er enda mer begrenset. Boligkooperasjonens rolle er svært stor på det norske markedet. I 2004 bodde 62 prosent av husholdene i Norge i selveierbolig, 14 prosent i andelseierbolig og 21 prosent i leiebolig. Typen eierforhold til boligen endrer seg gjennom livsløpet, slik at de yngre beveger seg fra leie til eie, mens det er en viss overgang fra selveier til andelseier i gruppa over 60 (Gulbrandsen 2006).. Jo høyere inntekt, jo større er sjansen for at husholdningen eier boligen (Aarland og Norvik 2005). Denne typen forskjeller i bakgrunnsfaktorer gjør at det kan være vanskelig å sammenligne på tvers av land. Samtidig mener vi at det, til tross for forskjellene i boligmarkedene mellom land, er interessant å se hva som er funnet i andre land, med til dels mye større leiemarked enn det vi har i Norge. Dersom en finner helseforskjeller mellom de som eier og de som leier i samfunn hvor "alle" leier, kan en tenke seg at de som leier i Norge er en langt mer selektert gruppe, og således er minst like utsatt som det en finner i andre land

Her nevner vi derfor et internasjonalt bidrag. Canadiere har for eksempel kommet med vektige bidrag hvor internasjonale sammenligninger er basert på eierforhold (se Dunn 2000). Dunn påpeker en klar sammenheng mellom eierforhold og helse.

Uavhengig av konteksten man undersøker, er det imidlertid et spørsmål om sammenhengen mellom eierforhold og helse er en årsakssammenheng, eller om den er spuriøs, altså at det er andre egenskaper som forårsaker både eierforhold og helsesituasjonen. Videre er det en utfordring i slike analyser hvilken vei et eventuelt årsaksforhold går? Får man dårlig helse av å leie, eller har man ikke råd til å kjøpe på grunn av dårlig helse?

En slags løsning på disse utfordringene er å se bort fra om sammenhengen mellom "boligressurser" (eie vs. leie) og helse er kausalt forbundet, og å betrakte privat eiendom (selveierbolig) som en indikator på velstand (som kan være problematisk å måle direkte). Altså er man [kanskje egentlig mer?] interessert i om velstand beskytter mot dårlig helse, enn i sammenhenger med en mer klar årsaksretning.

Like fullt er det sammenhengen mellom å eie eller leie og diverse mål på helse som undersøkes. Personer som leier bolig, har dårligere fysisk og psykisk helse sammenlignet med de som eier egen bolig, og at de som leier, har høyere dødsrater (Laaksonen et al. 2009).

I en levekårsanalyse fra Oslo (Bråthen mfl. 2007) oppga en større andel av leietakere at de hadde helseproblemer enn det selveiere gjorde. Studien viste også at de som bor i enebolig, tomannsbolig og i rekkehus har bedre egenvurdert helse enn de som bor i andre typer boliger.

Om vi fokuserer på studier fra våre naboland, har en i Sverige påvist at boligtype har betydning for tidligpensjonering på grunn av helseproblemer, og at denne sammenhengen består, om enn redusert, etter kontroll for en rekke sosiale og fysiske faktorer knyttet til hustype (Hartig og Fransson 2006). I Finland har en påvist at leieforhold har betydning for dødelighet, og at det å leie generelt sett er verre enn å eie, og dessuten at det å leie en kommunal leilighet er verre enn å leie andre leiligheter (Laaksonen, Tarkiainen og Martikainen 2009). Denne studien hadde i

t tillegg til ulike eie- og leieforhold også informasjon om boligstørrelse (kvadratmeter) og antall rom. Alle målene på boligressurser hadde betydning for dødelighetsratene, også etter kontroll for andre sosio-økonomiske indikatorer.

Bolig og psykisk helse

Evans (2003) påpeker at det er en direkte sammenheng mellom bolig-miljø og psykisk helse. Han sier at hustype, etasje, boligkvalitet og kvalitet på nabolaget er faktorer som virker inn. Det kan imidlertid settes spørsmålstegn ved i hvilken grad denne typen resultater også gjelder i norsk kontekst.

Psykisk helse er et av de temaene som det tradisjonelt er gjort en del forskning på i norsk sammenheng. Den norske samfunnsmedisineren Odd Steffen Dalgard har vært en pionér og har i mange år studert sammenhengen mellom boligmiljø og psykisk helse i Oslo. Han finner på samme måte som Evans at det er en sammenheng mellom psykisk helse og bolig og nabolag. (Dalgard & Tambs 1997). Han viser også at bedringer i de generelle levekårene i en bydel i Oslo innebar bedring i den generelle psykiske helsen. Han påpeker videre at det er en sammenheng mellom sosial velferd, bomiljø, tjenestetilbud på den ene siden og psykisk helse på den andre.

Denne forskningen viser altså at dårlige boliger øker det psykiske stresset. Det er en direkte sammenheng mellom for eksempel hustype, nabolag, støy, lys og luftkvalitet på den ene siden og psykisk helse på den andre. Det er også en indirekte sammenheng mellom personlig kontroll, sosial støtte, utearealer og utrygge nabolag på den ene siden og mental helse på den andre.

I følge Dalgard og Tambs er det er få andre studier som tar for seg endringer i nabolagskvalitet som årsak til endringer når det gjelder psykisk helse, men de henviser til kanadiske studier som peker i samme retning. De påpeker også at bedringer i nabolagskvalitet må relateres ikke bare til fysiske forhold, men også til sosial organisering i nærmiljøet. Dalgard (2008) viser den sosiale gradienten når det gjelder psykisk helse. Han bygger på tall fra Helseundersøkelsen i Oslo (HUBRO)⁷.

⁷ http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainArea_5661&MainArea_5661=5588:0:15,1869:1:0:0:::0:0

Imidlertid er det heller ikke her henvist direkte til boligforhold. Eventuell sammenheng med boligforhold må derfor knyttes til inntekt og økonomiske problemer i husholdet.

Bomiljø og geografi

Det er store geografiske variasjoner både når det gjelder boligens pris, beskaffenhet og størrelse på den ene siden og når det gjelder bomiljøets fysiske og sosiale utforming.

Vogt (1987) skriver om sammenhengen mellom helse, fysisk miljø og aktiviteter. Dessuten har hun undersøkt omfanget av og muligheter for friluftsliv. Hun påpeker at nesten halvparten av friluftaktivitetene foregår i nærmiljøet, og at det er en sammenheng mellom type bolig og tilgjengelighet for slike aktiviteter. Forurensing og støy kan gjøre friluftaktiviteter mindre attraktive, og hun finner at det er en slik sammenheng. Folk som bor i områder med for eksempel forurensing, er mindre fysisk aktive. Hun finner også at det er en sammenheng mellom fysisk aktivitet i yngre dager og helse i eldre dager i livet.

I et notat fra SSB (Borgan og Pedersen (2009) diskuteres det om helsen er avhengig av hvor en bor. I dette notatet ser vi at det er geografiske forskjeller når det gjelder alkoholkonsum, overvekt og dødelighet. Det er også geografiske forskjeller når det gjelder tjenestebehov og tjenestebruk. Dette kan tilsynelatende peke mot bolig som en årsaksfaktor, men det er vanskelig å trekke en klar slutning. Det kan være en indirekte sammenheng som like gjerne kan være tilfeldig, da den forutsetter systematiske forskjeller i boligstandard mellom norske regioner

Alver og hennes kolleger (2007) sammenligner øst og vest i Oslo og viser at det er forskjeller mellom kvinners BMD (bone mineral density) og dermed også faren for benbrudd, relatert til de sosioøkonomisk forskjellige boligområdene. Disse forskjellene forklares ikke av utdanning, livsstil eller andre bakgrunnsvariabler.

I en artikkel av Leyland og Næss fra 2009 finner de også en kumulativ dødelighetsrisiko knyttet til geografiske boligområder, særlig for den eldre aldersgruppen. Studier av "dårlige nabolag" (målt med Care Need Index [CNI]) i Sverige har vist at dårlige nabolag øker forekomsten av

langvarig sykdom, en sammenheng som består også når man tar hensyn til individuelle sosioøkonomiske kjennetegn (Malmstrøm, Johansson og Sundquist 2001).

I de foregående bidragene har vi sett at det er lite boligfokus i diskusjonene om ulikhet i helse, samtidig har vi funnet bidrag som viser at det er en effekt på dødelighet, både av boligbelastninger og av forskjellen mellom geografiske områder.

Bostedsløse

En kan nærme seg spørsmålet om bolig, helse og sosial ulikhet fra en helt annen synsvinkel. Flere NIBR-rapporter tar for seg bostedsløshet (Dyb og Johannesen 2009, Johannesen 2008, Nørve og Holm 2007). Dette er både kartlegginger av omfanget av bostedsløsheten og beskrivelse av bostedsløses hverdag. Bostedsløshet defineres som å mangle egen eid eller leid bolig og det å være i en av følgende situasjoner:

- mangle tak over hodet kommende natt
- være henvist til akutt eller midlertidig overnatting
- være under kriminalomsorgen og skulle løslates innen to måneder
- være i institusjon og skulle skrives ut innen to måneder
- bo midlertidig hos venner, kjente eller slektninger

Det har vært gjort kartlegginger av bostedsløse fire ganger siden 1996. Vi tar i denne sammenhengen bare med den siste, som ble gjort i 2008. Det påpekes at antallet bostedsløse nå er på over 6000, og at det har vært en liten økning siden 2003. Det er 73 prosent menn og 27 prosent kvinner, og gjennomsnittsalderen er 35 år. Av faktorer som er viktige for å se sammenhengen med helse, kan nevnes at det er 59 prosent som har rusproblemer og 29 prosent som har psykiske sykdommer. Det drøftes hvorvidt bostedsløse har et underforbruk av helsetjenester, og forskerne spør om det betyr at bostedsløses helseplager ikke i tilstrekkelig grad blir fanget opp av helsevesenet. Videre påpeker forskerne at bostedsløse representerer svært sammensatte problemer. Det kan se ut til at helse og økonomi er to sentrale faktorer når en skal forstå bostedsløshet.

I studien av bostedsløses hverdag (Johannesen 2008) vises den gradvise ekskluderingsprosessen som følger av å være bostedsløs. Det kan bli en prosess som beveger seg fra å miste boligen til å bli mer eller mindre ekskludert fra samfunnet. Når man er blitt en del av en gatekultur er veien tilbake til storsamfunnet lang fordi en risikerer å miste det lille en har igjen av sosial kapital knyttet til gatekulturen. Dermed blir overlevelsesstrategiene som bostedsløs et hinder for å komme tilbake.

Holm og Nørve (2007) ser på kommunenes strategier i arbeidet mot bostedsløshet. Studien tar for seg små og mellomstore kommuner og viser at det er stor forskjell mellom kommunene særlig knyttet til størrelse og byutvikling. De påpeker at hovedutfordringen er egnede boliger mer enn det er flere boliger. Relatert til problemstillingene om sammenhengen mellom bolig, helse og sosial ulikhet, må en likevel si at i disse bidragene er begrepet helse nesten fraværende. Det viktigste perspektivet ser ut til å være knyttet til tjenestebehov og til det å gjøre den enkelte i stand til å beholde den boligen de får tildelt.

Tiltaksevalueringer

Det foreligger en del tiltaksevalueringer og levekårsstudier hvor boligspørsmål inngår som en variabel. Alle disse studiene har en kausal sammenheng mellom bolig og helse som forutsetning. Som vi har sett er det imidlertid lite forskning som kan påvise slike kausale sammenhenger. Vi vet det er en sammenheng mellom boligfaktorer og helse, men årsakssammenhengen vet vi lite om. Når det for eksempel er opphopning av dårlig helse i enkelte geografiske områder, skyldes det bomiljø, dårlige boliger eller fattigdom? Det ser med andre ord ut til at en del forskning på dette feltet bygger på en forutsetning som i liten grad er forskningsbasert.

Et poeng som kommer tydelig fram i Fafos forskning om boligsosiale spørsmål og bostedsløshet, er behovet for videreutvikling av tjenestetilbudet. I flere av rapportene kommer det tydelig fram at det er et samspill mellom boligbehov og behov for andre tjenester. Dette reiser utfordringer når det gjelder et integrert tjenestetilbud hvor de spesifikke boligsosiale behovene ses i sammenheng med andre tjenester. Samtidig bidrar dette til en generell utfordring når det gjelder kompetansen,

og kompetanseheving når det gjelder boligsosiale spørsmål i det kommunale tjenesteapparatet. I Fafo-rapporten *Ikke bare bare å bo* (Hansen mfl. 2007) kommer det fram at det er behov for flere boliger og egnede boliger. Det kan dermed se ut som om behovene har endret seg noe over tid, fra utvikling av tjenester til tilgang på boliger. Dette understreker at det er nødvendig å se tilgang på boliger og tjenester i en sammenheng. Individuell plan er en rettighet for den enkelte bruker. På individnivå kan denne fungere som å måtte se den enkeltes tjenestebehov i en sammenheng. Det kan med andre ord være nødvendig å se mer på om og hvordan individuell plan brukes i forhold til den enkeltes boligbehov. Evalueringen av tilskudd til boligsosialt arbeid viste at mange av brukerne som mottok tjenester ikke hadde individuell plan.

Tildeling av kommunale boliger og ikke minst prioritering av brukere og brukergrupper, er en utfordring for kommunene. Inger Lise Skog Hansen laget i 2006 et notat til *Peer Review on the Norwegian Strategy to prevent and combat homelessness* (Hansen 2006). Der trekker hun fram fem punkter når det gjelder kommunenes arbeid med boligspørsmål:

- forholdet mellom nasjonale mål og det kommunale selvstyret
- spørsmålet om vi har tilstrekkelig lovmessig beskyttelse av individet i forhold til bostedsløshet
- kommunenes økonomiske situasjon og prioritering av boligsosiale tiltak
- å sikre kompetanse og kvalitet i den lokale tjenesteproduksjonen
- utviklingen på boligmarkedet

Sosialarbeidere som ble intervjuet om etiske utfordringer på sosialkontoret, nevner boligproblematikk som noe de strever med. De opplever at de har en plikt til å gi et tilbud, men at de ikke klarer å skaffe det fram (Grønningsæter mfl. 2008).

Kommunene har med andre ord utfordringer både når det gjelder boligtilbud, tjenesteutvikling, kompetanseutvikling og etablering av gode rutiner og kriterier. Dersom en skal ta dette som utgangspunkt for å utvikle indikatorer, må en finne en god kombinasjon av generelle indikatorer og mer spesifikt boligrettede kriterier. En må også finne en god balanse mellom faktorer som er resultat av utviklingstrekk som kommunen ikke selv er herre over, og faktorer som er resultat av politiske beslutninger i den enkelte kommune/bydel.

Strukturelle faktorer

Vi innledet denne rapporten med å betegne boligen som et grunnleggende velferdsgode. Med henvisning til Ulfrstad (2003) viste vi at boligen samtidig fordeles på et marked. Dermed vil fordelingen av boliger være avhengig av den enkeltes økonomiske evne. Lav inntekt kan fungere som en kraftig begrensning i den enkeltes mulighet til å skaffe seg en egnet bolig.

I dette kapitlet vil vi ta for oss boligen som en faktor i inntektsfordelingen og hvilke tiltak staten har satt inn for å påvirke denne fordelingsprofilen. Videre vil vi se på hvordan staten og kommunene forholder seg til boligpolitiske virkemidler. Det ligger i begrepet strukturelle faktorer at de kan omfatte både fysiske og sosiale trekk ved boligen. Flere av de forskningsbidragene som er referert under fysiske eller sosiale faktorer er derfor også relevante her. I dette kapitlet vil det følgelig bli mer oppmerksomhet på offentlige dokumenter enn på forskningsbidrag. Disse offentlige dokumentene er imidlertid relevante, delvis fordi de henviser til etablert kunnskap om sammenhenger mellom bolig, helse og sosial ulikhet, og delvis fordi de viser hvordan den allmenne oppfatningen er om slike sammenhenger.

St.meld. nr. 20 (2006–2007) *Nasjonal strategier for å utjevne sosiale helseforskjeller* behandler tilgang til bolig. Stortingsmeldingen nevner utsatte grupper (for eksempel personer med psykiske lidelser) og boligens betydning for å fremme sosial inkludering, samt behovet for boligsosiale tiltak og tiltak mot bostedsløshet.

Et paper fra WHO Europe fra 2004 (WHO 2004) oppsummerer sammenhengen mellom bolig og ulike aspekter ved helsen. De konkluderer med at det er viktig at helsemyndighetene vektlegger boligmiljøets betydning for helse, og at boligmyndighetene anerkjenner at boligmiljøet er en vital faktor når det gjelder menneskers helse. De påpeker at det er nødvendig å komme ut av sektortilnærmingen og inn i en mer generell helhetlig tilnærming.

I Sosial- og helsedirektoratets handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse, Gradientutfordringen (2005), framheves tiltak mot sosial ulikhet,

nærmere bestemt omlegging av boligpolitikken, som et eksempel på tiltak en vet fungerer for å redusere sosiale forskjeller i helse, uten at dette diskuteres i detalj.

I St.meld. nr. 16 (2002–2003), *Folkehelsemeldingen*, nevnes forbedringer i bostøtteordningen, og styrking og utvikling av oppfølgingstjenesten i bolig for bostedsløse som en del av tiltakene mot fattigdom. Generelt er ikke bolig et sentralt element i denne meldingen, selv om utfordringer i tilknytning til boligstandard, innemiljø, støy, forurensing og arealplanlegging nevnes.

Stortingsmeldingen om boligpolitikken (23:2003–2004) nevner bolig som en av tre hovedelementer i velferdssamfunnet. De to andre er arbeid og helse. Stortingsmeldingen tar også opp behovet for trygge boliger og problemer knyttet til helsefarlige boliger. Bostedsløse, eldre, funksjonshemmede og personer med psykiske lidelser nevnes som grupper med spesielle behov på boligmarkedet. Det henvises til opptrappingsplanen for psykisk helse og krav om tilrettelegging for funksjonshemmede.

I St.meld. nr. 20 (2006–2007) er en av hovedstrategiene å utvikle kunnskap og å forstå sammenhengen mellom påvirkningsfaktorer for helse. I denne rapporten er målet å samle den kunnskapen som finnes på dette området.

Bolig – fordeling, boligsosialt arbeid

Husbanken ble etablert i 1946 som et bidrag til boligbyggingen etter krigen. Husbanken rettet seg mot brede lag av befolkningen, også de med lavere og midlere inntekt, og den skulle gi alle mulighet til å etablere seg med egen bolig. I de siste årene har den sosiale boligpolitikken i større grad blitt rettet inn mot vanskeligstilte. Den generelle fordelingen av velferdsgodet bolig foregår i hovedsak i markedet. Spenningsforholdet mellom bolig som marked og bolig som velferdsgode er blant annet beskrevet av Ulfrstad (2007). Flere av de tiltakene som settes inn i boligpolitikken (eksempelvis bostøtte og startlån) har derfor som funksjon å redusere negative virkninger av markedets rolle på boligfeltet.

Boligpolitikken er en integrert del av arbeidet mot fattigdom. Regjeringens handlingsplaner mot fattigdom har inneholdt en rekke tiltak. Den siste handlingsplanen som kom som vedlegg til statsbudsjettet for

2009, tar for eksempel for seg følgende tiltak: bostøtteordningen, boligsosiale tiltak, startlån, tilskudd til utleieboliger og innsats mot bostedsløshet. Flere av de tiltaksevalueringene vi har nevnt i det tidligere kapitlet om sosiale faktorer, tar for seg nettopp denne typen statlige ordninger som sikter på å nå ut til personer med spesielle behov på boligmarkedet

I stortingsmeldingen om boligpolitikken (St.meld. nr. 23 (2003–2004)) kommer dobbeltheten i boligpolitikken fram. Boligpolitikken skal ivareta en visjon om at alle skal bo trygt og godt og bidra til et velfungerende boligmarked. Vanskeligstilte på boligmarkedet behandles særskilt i meldingen. Storbyene har særlige utfordringer knyttet til boligpriser og standard, geografisk konsentrasjon og kompliserte planprosesser. Meldingen henviser til tiltaksplanen mot fattigdom og foreslår tiltak rettet mot personer med svak økonomi, bekjempelse av bostedsløshet, boligsituasjonen til innvandrere og flyktninger og tilrettelegging for funksjonshemmede. Det påpekes at det er nødvendig å satse både på individrettede tiltak og tiltak rettet mot egenskaper ved markedet og boligen.

Det såkalte fordelingsutvalget som avla sin rapport i 2009 (NOU 2009:10) tar opp sammenhengen mellom helse, bolig og sosial fordeling. Utvalget drøfter hvordan forskjellige faktorer adderer seg opp og gjensidig forsterker hverandre, og ofte befinner seg i en årsaksrekke. De nevner for eksempel hvordan jobbmulighet påvirker inntekt, som igjen påvirker muligheten på boligmarkedet og derigjennom tilgangen på helsefremmende nærmiljø.

Hansen mfl. sier i innledningen til evalueringen av statlige tilskudd til oppfølgingstjenester (Hansen mfl. 2007), at Prosjekt Bostedløse som ble satt i gang i 2000, betydde et paradigmeskifte i forståelsen av sammenhengen mellom sosialpolitikk og boligpolitikk. Prosjektet tok utgangspunkt i at bostedsløshet handlet om begge disse politikk-områdene og forutsatte et tverrsektorielt samarbeid. Tidligere hadde det boligpolitiske og sosialpolitiske apparatet jobbet temmelig uavhengig av hverandre.

Aarvik og Nordvik (2008) etterlyser spesielle undersøkelser av hvordan boligpolitiske virkemidler som bostøtte, startlån og boligtilskudd til

etablering, påvirker boligkarrieren. De etterlyser også mer kunnskap om effekten på eieretablering av i en periode å være leietaker i kommunale boliger. Det ser med andre ord ut til å være et stort behov for videre forskning på hvordan disse virkemidlene fungerer.

Disse to forskningsbidragene viser at forståelsen av sammenhengen mellom helse, sosialpolitikk og boligpolitikk har endret seg. Langsamt, men sikkert slår dette også over i at det stilles til dels nye forsknings-spørsmål.

Bomiljø – kommunale handlingsplaner

Hovedansvaret for de boligsosiale tiltakene ligger delvis i Husbanken og delvis i kommunene. I juni 2010 lanserte Husbanken et sett indikatorer for boligsosiale utfordringer for kommunene. Arbeidsgruppen, som besto av en gruppe forskere sammen med ansatte i Husbanken, foreslo at det etableres tre uavhengige indikatorer som belyser ulike formål og som oppsummerer ulike sider ved kommunenes boligsosiale utfordringer (Husbanken 2010). De tre indikatorene er vanskeligstilte, boligmarkedet og kommunal aktivitet. Det viser seg å være store variasjoner mellom kommunene når det gjelder hvordan de kommer ut langs de dimensjonene som fanges opp i de tre indikatorene.

Kommunene har ansvaret for å legge til rette for bygging og fornyelse av boliger og boligområder, og for å medvirke til å skaffe boliger til personer som selv ikke kan ivareta sine interesser⁸. Husbanken oppfordrer kommunene til å utvikle såkalte boligsosiale handlingsplaner. En rekke kommuner har utviklet og vedtatt slike planer. Disse planene er laget ut fra en felles veileder som Husbanken har utviklet. Målet er å lage en samlet plan for kommunenes arbeid for at unge og vanskeligstilte skal kunne etablere seg og bli boende i en bolig. Planene tar i hovedsak for seg hvilke tiltak kommunene kan sette inn for å møte situasjonen for vanskeligstilte på boligmarkedet. Handlingsplanene bygger på ideen om bolig som et grunnleggende velferdsgode, og de forutsetter en forståelse av en nøye sammenheng mellom bolig og sosial inkludering.

⁸ http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainArea_5661&MainArea_5661=5588:0:15,1869:1:0:0:::0:0

God kommunal planlegging med hensyn til utbygging og vedlikehold av boligmassen kan forhindre framveksten av avgrensede områder med høy konsentrasjon av visse sosiale grupper, slik at ulike sosiale grupper blir segregert fra hverandre. Segregasjon kan motvirke sosial inkludering, noe som igjen kan ha betydning for omfanget av blant annet arbeidsledighet, fattigdomsproblemer og kriminalitet. I en undersøkelse av segregering av ikke-vestlige innvandrere trekkes særlig Oslo og Drammen fram som de to områdene i Norge med høyest segregasjon, og det påpekes at segregasjon kan være et viktig hinder for integrering i det norske samfunnet (Pettersen 2003). I den samme studien har en også undersøkt segregasjon mellom høyt og lavt utdannede, som kan medvirke til å forsterke og reprodusere geografiske forskjeller i utdanningsnivå. Også når det gjelder utdanningssegregasjon trekkes storbyene og særlig Oslo fram som de som har størst utfordringer (ibid.). En annen studie har vist at segregering av personer med dårlig helse (uføre) har betydning for omfanget av økonomiske problemer, målt som utbetalt sosialhjelp (Dølvik, Nadim og Nielsen 2008). Gode bolig-sosiale handlingsplaner kan dermed være viktige verktøy for å begrense omfanget av segregasjon.

Som vi har vist tidligere i denne rapporten, er det flere forskningsbidrag som er relevante for denne satsingen på lokalt forankret boligsosialt arbeid. Kartlegging av bostedsløse og tiltaksevalueringer av kommunale prosjekter er slike eksempler.

Et eksempel er Fafos studie av kommunale strategier i arbeidet med å bekjempe fattigdom. Her framhever flere av informantene at boligutgifter er en årsak til at mange opplever fattigdom. Folk med lave inntekter har liten mulighet til å være en aktør i boligmarkedet, og henvises til å leie bolig (Hansen mfl. 2008). Kommunale leieboliger er ofte konsentrert i geografiske områder, og dette får fordelingspolitiske konsekvenser, men det representerer også en utfordring når det gjelder oppvekstmiljø. Dermed får det langsikte konsekvenser for barns fysiske og psykiske helse. Det er denne forståelsen av sammenhengen mellom boligpolitikk og velferdspolitik som også slår igjennom i de offentlige dokumentene vi har referert over.

Et blikk på internasjonale bidrag

Vi har vist at sammenhengen mellom boligforhold, levekår, fordeling og helse har vært et perifert tema i norsk og nordisk forskning. Det er imidlertid ikke et rent nordisk fenomen at sammenhengen mellom bolig og sosial ulikhet i helse har vært henvist til politikkenes sfære. Dette er også et internasjonalt fenomen, noe som illustreres av følgende sitat:

“There is something that powerfully influences health [...] that is correlated with hierarchy per se [...]” (Evans 2003)

Dette sitatet fra Evans følges opp av Dunn på følgende måte:

“It is ironic, therefore, that the relationship between housing and health largely has been ignored by health inequalities research.” (Dunn 2000)

På tross av Duns påpekning av ironien i forskningens manglende fokusering på sammenhengen mellom bolig og helse, representerer faktisk han et land hvor dette temaet har fått en viss oppmerksomhet, Canada. I Canada har det vært gjort forskning på direkte sammenhenger mellom bolig og helse (se for eksempel Dunn 2000). I skandinavisk og norsk forskning ser det ut til å ha vært mindre arbeid med å studere direkte sammenhenger.

Dunn prøver å gi folkehelsebegrepet et nytt innhold ved å bruke begrepet ”population health” i stedet for ”public health”. Han får dermed inn et breiere perspektiv, og han får understreket boligforhold og boligpolitikk sin betydning for folkehelsen.

Han beskriver ”The population health perspective” med følgende punkter:

- Sosial ulikhet og helse
- Sosial støtte og helse
- Arbeidsplassutforming og helse
- Biologisk forankring og helse
- Forståelse av helseulikheter

Han sier at tidligere forskning har vært opptatt av seleksjon, hjemløshet, syke hus og stress. Forskning med "population health" som tilnærming, må ta opp inntektsulikhet, eier og leier, boligsosiale spørsmål, arbeid og bolig, samt livsløpsperspektiver.

Verden helseorganisasjon Europa organiserte i 2004 en ministerkonferanse om miljø og helse. Her ble bolig og helse satt på dagsordenen. Det ble laget et bakgrunnsnotat med en gjennomgang av det de kalte evidens om bolig og helse. Her tar de opp hva begrepet sunne boligforhold innebærer, at det er mer enn bare tak over hodet, men også mulighet for privatliv, rom, tilgjengelighet, sikkerhet, sikre leie- eller eieforhold, varighet, lys, varme, ventilasjon, infrastruktur, kvalitet på nærmiljøet og helsefaktorer. Alt dette må være tilgjengelig til en overkommelig pris for den enkelte. Bakgrunnsdokumentet henviser til den figuren av Shaw vi brukte innledningsvis i denne rapporten. Mye av dokumentet tar for seg "rene" helsefaktorer, men det kommer også inn på sosioøkonomiske og fordelingsrelaterte temaer. Der påpekes det igjen at det er utilstrekkelig med dokumentasjon når det gjelder disse sammenhengene. Det ble derfor gjennomført en studie i åtte europeiske byer. Resultatene fra denne studien oppsummeres i noen punkter.

Her følger et utdrag:

- Psykisk helse (dårligere psykisk helse hvis en mangler beskyttelse mot aggresjon, mangler plass til å være alene, mangler lys og luft, mangler plass for sosialt samvær)
- Astma og allergi (ved fukt og mugg)
- Støy påvirker helse
- Ulykker øker ved trangboddhet, dårlig ly og hvis boligen er for varm eller kald
- Tilgjengelighet særlig knyttet til eldres situasjon
- Redsel for kriminalitet
- Bomiljøets kvalitet

Konklusjonen i dokumentet understreker nødvendigheten av å se helse og sosiale forhold i sammenheng.

I tillegg til den oversikten over norsk og nordisk litteratur som vi har gått igjennom i denne rapporten, har vi også trukket fram noen internasjonale bidrag. De er plassert i en egen liste, men organisert tematisk på samme måte som listen over de nordiske bidragene. Noen er de internasjonale bidragene er også nevnt i teksten for øvrig.

Oppsummering

Vi har i denne litteraturgjennomgangen tatt sikte på å gjøre to ting:

- Analysere tematisk de viktigste nordiske bidragene
- Etablere en litteraturliste over nordisk og internasjonale bidrag som kan være relevante

Det spørsmålet som står igjen, er: Hvor er kunnskapshullene? I forlengelsen av dette følger spørsmålet om hva som er de viktige temaene som bør prioriteres i videre forskning på sammenhengen mellom bolig, helse og sosial ulikhet.

Det er en sammenheng mellom dårlig helse og ulemper på boligmarkedet. Bostedsløshet og helse henger sammen. "Syke" hus og boområder henger sammen. Det er en sammenheng mellom psykologisk stress og boligstandard og bomiljø. Vi har funnet en del forskning som enten påviser eller forutsetter en sammenheng mellom de tre faktorene som er tema for denne gjennomgangen; bolig, helse og sosial ulikhet. Vi har imidlertid gjentatte ganger sett at det ikke er etablert klare årsakssammenhenger. Problemet med høna og egget er derfor gjentatt flere steder i rapporten. For å gjøre noe med dette, kunne det være interessant med flere longitudinelle studer. Vi ville gjennom en slik tilnærming kunne få et bilde av inn-/utflytting, stabilitet, konsekvenser av endring i bosituasjonen osv.

Vi har også referert til forskning som viser at boligstandarden i Norge er relativt høy. Det er videre etablert en del kunnskap når det gjelder fysiske forhold, og der er den kausale sammenhengen tydeligere enn når det gjelder sosiale og strukturelle forhold. Dette kan tyde på at de forskningsmessige utfordringene mer ligger på forståelsen av boligens konsekvens for psykisk enn for somatisk helse. Her vil det være viktig ikke bare å se på hvordan sosial ulikhet og ulikhet i boforhold påvirker helsen, men også hvordan sosiale forhold påvirker bolig og bomiljø. Vi har sett at det har vært gjort forholdsvis mye forskning og evaluering rettet mot bostedsløshet og boligsosiale tiltak. Vi tror det er behov for å se bredere på sammenhengene mellom levekårsbelastninger og fattigdom på den ene siden og bolig og helse på den andre.

Videre har vi sett at det har vært en vridning i den boligpolitiske oppmerksomheten. Noen forskere har til og med beskrevet dette som et paradigmeskifte. Sammenhengen mellom sosialpolitiske og boligpolitiske virkemidler er kommet høyt på dagsordenen. Begrepet boligsosialt arbeid illustrerer dette. En slik tverrsektoriell tilnærming kan få som konsekvens en målretting som medfører at de generelle og universelle tiltakene får mindre betydning.

Betyr fokuseringen på boligsosialt arbeid at en ikke lenger satser på en sosial boligpolitikk med bredt nedslagsfelt i befolkningen, men i stedet på å målrette tiltakene mot de mest utsatte i boligmarkedet? Hvilke konsekvenser vil det få på sikt, og hva betyr det sett i relasjon til utviklingen av den norske velferdsmodellen? En slik diskusjon reiser også en rekke spørsmål hvor forskningen kunne bidra til mer opplyste beslutningsprosesser.

Et annet spørsmål som følger av denne fokuseringen på boligsosiale tiltak og tilrettelegging, er bedre oversikt over hva som er de faktiske behovene i brukergruppene.

Det norske boligmarkedet skiller seg på flere punkter ikke bare ut internasjonalt, men også i forhold til de andre nordiske landene. Vi har færre offentlig eide boliger, relativt mindre leiemarked, relativt flere frittstående boliger (se for eksempel St.meld. nr 23, 2003–2004). Det kan være gode grunner til gjennom komparative studier å finne ut mer om hvilke konsekvenser disse egenskapene ved det norske boligmarkedet har for både fordeling og helse. Hvordan kan boligmarkedet bidra til å redusere gradienten?

Den generelle utfordringen blir å sette sammenhengen mellom bolig, helse og sosial ulikhet betydelig høyere på samfunnsviternes og samfunnsmedisinernes dagsorden. Her trengs det nye tverrfaglige tilnærminger.

Bolig som velferdsgode relatert til det faktum at markedet er den viktigste fordelingsmekanismen, har vært et tilbakevendende tema i rapporten. Dette peker på at det kan være behov for forskning knyttet til de mer overordnet boligpolitiske utfordringene i et velferdsperspektiv. Nettopp i dette perspektivet er det behov for økt kunnskap knyttet til både helse og fordeling.

Litteratur

Litteraturlisten er delt i to, først kommer en del med norske og nordiske bidrag, deretter en del med noen utvalgte internasjonale bidrag. All litteratur som er omtalt i rapporten finnes i denne litteraturlisten. I tillegg er det også med en del bidrag som vi har funnet, men ikke henvist direkte til i selve teksten. Vi har valgt å gjøre det slik fordi leseren dermed i større grad kan se hvilke bidra forskningsbidrag vi har gått gjennom.

Norske og nordiske bidrag

Alver, K., Ø. Hesselberg og H. Lyshol (2009) *Sosioøkonomiske forskjeller i ulykkeskader. En oppsummering av nordisk litteratur*. Rapport 2009:9. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Alver, Kari, Anne J. Søgaard, Jan A. Falch, og Haakon E. Meyer (2007), «The Oslo Health Study: Is bone mineral density higher in affluent areas?» *International Journal for Equity in Health*, 6

Andersen, Arne, Torkil Løwe og Elisabeth Rønning (2003), *Boforhold i storby: Utredninger til storbymeldingen, del 4*. Statistisk sentralbyrå

Auvinen, A. og G. Pershagen (2009), «Indoor radon and deaths from lung cancer.» *British Medical Journal*, 338

Barstad, Anders (1994), *Bomiljø og ulikhet. Om fordeling og endring av miljøproblemer på bostedet*. Statistisk sentralbyrå

Barstad, Anders (2003), «Levekår i storbyen: Noen bydeler er særlig utsatte.» *Samfunnsspeilet, nr 2*. Statistisk sentralbyrå

Bolviken, B., E. G. Celius, R. Nilsen og T. Strand (2003), «Radon: A possible risk factor in multiple sclerosis.» *Neuroepidemiology*, 22:87–94

Bogen, H., K. Høyland, T. Kvinge og B. Østnor (2006), *Egen bolig – også når helsen svikter? Evaluering av nye omsorgsboliger for hjelpetruende eldre*. Sintefrapport SBF51 / A 06017

Borgan, Jens-Kristian og Anne Gro Pedersen (2009), *Er helsen avhengig av hvor vi bor?* SSB. <http://www.ssb.no/ssp/utg/200905/03>

Brekke, M. og P. Hjortdahl (2004), «Musculoskeletal pain in 40- and 45-year olds in Oslo: differences between two socioeconomically contrasting areas, and their possible explanations.» *International Journal for Equity in Health*, 3

Brodtkorb, Elisabeth og Marianne Rugkåsa, red. (2007), *Under tak – mellom vegger. Perspektiver på boligens betydning i velferdsstaten*. Gyldendal Akademiske

Bråthen, Magne, Anne Britt Djuve, Tor Dølvik, Kåre Hagen, Gudmund Hernes, Roy A. Nielsen (2007), *Levekår på vandring. Velstand og marginalisering i Oslo*. Fafo-rapport 2007:05

Claussen, Bjørgulf og Dag Bruusgaard (2009), «Still great social inequality in mortality in Norway.» *Tidsskrift for den Norske lægeforening*, 129(12):1230-2

Dahl, Espen (2002), «Health inequalities and health policy: The Norwegian case.» *Norsk Epidemiologi*, 12 (1):69–75

Dahl, Espen og Marit Lie (2009), «Policies to tackle health inequalities in Norway: From laggard to pioneer?» *International Journal of Health Services*, Volume 39, Number 3:509–523

Dalgard, O.S. (2008) Social Inequalities in mental health in Norway: possible explanatory factors. *International Journal for Equity in Health* 2008, 7:27

Dalgard, Odd Steffen og Kritian Tambs (1997), «Urban environment and mental health. A longitudinal study.» *British Journal of Psychiatry*, 171:530–536

Dalgard, Odd Steffen (1980), *Bomiljø og psykisk helse: en intervjuundersøkelse i Oslo*. Universitetsforlaget

Dalgard, Odd Steffen (1979), *Mental helse og sosiale livsforhold i Oslo med særlig vekt på bomiljøets betydning*. Universitetet i Trondheim

Darby, S., D. Hill, A. Auvinen, J. M. Barrios-Dios, H. Baysson, F. Bochicchio, H. Deo, R. Falk, F. Forastiere, M. Hakama, I. Heid, L. Kreienbrock, M. Kreuzer, F. Lagarde, I. Makelainen, C. Muirhead, W. Oberaigner, G. Pershagen, A. Ruano-Ravina, E. Ruosteenoja, A. S. Rosario, M. Tirmarche, L. Tomasek, E. Whitley, H. E. Wichmann og R.

Doll (2005), «Radon in homes and risk of lung cancer: collaborative analysis of individual data from 13 European casecontrol studies.» *British Medical Journal*, 330:223–226

Dyb, Evelyn (2009), «Imprisonment: A Major Gateway to Homelessness.» *Housing Studies*, Volume 24, Issue 6:809–824

Dyb, Evelyn og Katja Haarslev Johannessen (2009), *Bostedsløse i Norge 2008. En kartlegging*. NIBR-rapport 2009:17

Elstad, Jon Ivar (2005), *Sosioøkonomiske ulikheter i helse. Teorier og forklaringer*. Sosial- og helsedirektoratet

Elstad, Jon Ivar (2008), *Utdanning og helseulikheter; Problemstillinger og forskningsfunn*. Helsedirektoratet

Fangen, Katrine, Arne Grønningsæter, Thomas Lorentzen og Siv Øverås (2002), *Levekår og livskvalitet blant hiv-positive*. Fafo-rapport 402

Fløtten, Tone, Arne Backer Grønningsæter, Karin Gustavsen, Hanne C. Kavli, Roy A. Nielsen, Jonn Syse, Steffen Torp (2009), *Kreft og levekår. Et sammendrag*. Fafo-rapport 2009:06

Fløtten, Tone, Steffen Torp, Hanne Kavli, Roy A. Nielsen, Jonn Syse, Arne Backer Grønningsæter og Karin Gustavsen (2008), *Kreftrammedes levekår; Om arbeid, økonomi, rehabilitering og sosial støtte*. Fafo-rapport 2008:47

Fløtten, Tone, Espen Dahl, Arne Grønningsæter (2001), *Den norske fattigdommen; Hvordan arter den seg, hvor lenge varer den og hva kan vi gjøre med den?* Fafo-notat 2001:16

Fosse, Elisabeth og Mali Strand (2010), «Politikk for å redusere sosiale ulikheter i helse i Norge: Fornytt politisering av folkehelse spørsmål.» *Tidsskrift for samfunnsforskning*, Årgang 13, 1

Fransson, Urban, Terry Hartig (2010), «Leisure home ownership and early death: A longitudinal study in Sweden.» *Health & Place*, 16(1):71–78

Friestad, C. og I.L.S. Hansen (2004), *Levekår blant innsatte*. Fafo-rapport 429

Fugelli, Per (1999), *Rød resept. Essays om perfektjon, prestasjon og helse*. Tano Aschehoug

Fyhn, Anders B. (2006), *Fra kunnskapsbygging til mobilisering av ansvar; Underveisevaluering av Samarbeidsprosjektet – færre utkastelser* Fafo-rapport 533

Fyhn, A. B. og E. Dahl (2000), *Mot tredje generasjons levekårsforskning: livsløp, inntekt og levekår*. Fafo-notat 2000:1

Grødem, Anne Skevik (2008a), «Materielle levekår: utvikling og fordeling.» I: Mona Sandbæk, red., *Barns levekår. Familiens inntekt og barns levekår over tid*. NOVA rapport 7/2008

Grødem, Anne Skevik (2008b), «Flytting boligforhold og boligproblemer.» I: Mona Sandbæk, red., *Barns levekår. Familiens inntekt og barns levekår over tid*. NOVA rapport 7/2008

Grønningsæter, Arne Backer m.fl. (2008), Etiske utfordringer på sosialkontoret sett fra sosialarbeideres, studenters og brukeres perspektiv. Presentasjon av forskningsprosess og funn på seminar i HUSK/Osloregionen, Diakonhjemmets høgskole 26. mai

Grønningsæter, Arne Backer, Roland Mandal, Bjørn Richard Nuland og Hilde Haug (2009), *Fra holdninger til levekår. Liv med hiv i Norge i 2009*. Fafo-rapport 2009:13

Grønningsæter, Arne Backer, Karin Gustavsen Tvetene, Roy Nielsen, Jonn Syse, Tone Fløtten og Steffen Torp (2007), *Vanvittig mye å finne ut av. Kreftrammedes opplevelse av støtte fra det offentlige, nærmiljøet og arbeidsplassen*. Fafo-rapport 2007:31

Gulbrandsen, Lars, red. (2006), *Bolig og levekår i Norge 2004. En artikkelsamling*. NOVA Rapport 3/06

Hansen, Inger Lise Skog, Hanne Bogen, Tone Fløtten, Axel West Pedersen, Jardar Sørvoll (2008), *Det er jo ingen som sulter her, men ... Kommunale strategier i arbeidet med å forebygge og bekjempe fattigdom*. Fafo-rapport 2008:18

Hansen, Inger Lise Skog, Heidi Gautun, Åsmund Langsether og Hans Christian Sandlie (2007), *Ikke bare bare å bo. Sluttrapport fra evaluering av statlig tilskudd til oppfølgingstjenester i bolig for bostedsløse og rusmisbrukere*. Fafo-rapport 2007:38

Hansen, Inger Lise Skog og Siv Øverås (2007), «Bolig for personer med psykiske lidelser og rusproblematikk.» I: Elisabeth Brodtkorb og Marianne Rugkåsa, red., *Under tak – mellom vegger. Perspektiver på boligens betydning i velferdsstaten*. Gyldendal Akademiske

Hansen, Inger Lise Skog (2006), *Bo og tjenestebehov hos personer med psykiske lidelser. En brukerstudie*. Fafo-rapport 519

Hansen, Inger Lise Skog (2006), «*The pathway to a permanent home*». *The Norwegian strategy to prevent and combat homelessness*. Fafo-paper 2006:22

Hansen, Inger Lise Skog og Siri Ytrehus (2005), *Alle skal bo, det er tjenestene det kommer an på. Kartlegging av udekkede tjenestebehov blant personer med psykiske lidelser*. Fafo-rapport 494

Hansen, Thorbjørn (2007), *Bolignormer, helse og velferd*. SINTEF/NOVA

Hansen, Thorbjørn, Evelyn Dyb og Steinar Østerby (2006), *Bostedsløse i Norge 2005 – En kartlegging*. Byggforskrappport nr 403

Hartig, Terry og Urban Fransson (2009), «Leisure home ownership, access to nature, and health: a longitudinal study of urban residents in Sweden.» *Environment and Planning A*, 41(1):82–96

Hartig, T. og U. Fransson (2006), «Housing tenure and early retirement for health reasons in Sweden.» *Scandinavian Journal of Public Health*, 34:472–479

Hartig, Terry og Roderick R. Lawrence (2003), «Introduction: The Residential Context of Health.» *Journal of Social Issues*, Vol 59 No 3:455–473

Helse- og omsorgsdepartementet (2009), *Strategi for å redusere radoneksponeringen i Norge*. Utgitt i samarbeid med Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Kommunal- og regionaldepartementet og Miljøverndepartementet. Departementenes servicesenter, Oslo

Helse- og omsorgsdepartementet m.fl. (2004) Sammen for fysisk aktivitet. Handlingsplan for fysisk aktivitet 2005-2009. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet

Holm, Arne (2006), *Bolig og oppfølgingstjenester for psykisk vanskeligstilte: en studie av fire kommuners oppfølging av intensjonene i Opptrappingsplanen for psykisk helse*. Byggforsk Prosjektrapport 398–2006

Holm, Arne og Siri Nørve (2007), *Bostedsløse i små og mellomstore kommuner: Strategier i arbeidet med å forebygge og bekjempe bostedsløshet*. NIBR rapport 2007:8

Husbanken (2010 upublisert), Indikatorer for kommunenes boligsosiale utfordringer

Johannessen, Katja Haarslev (2008), *Et liv mellom bygningene: En kvalitativ studie av bostedsløse personers hverdag*. NIBR-rapport 2008:18

Klausen, Jan Erling (2004), *Lokaldemokratiet i bydelene*. Dr.polit. avhandling Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Universitetet i Oslo

Krasnik, Allan og Nils Kristian Rasmussen (2002), «Reducing social inequalities in health: evidence, policy, and practice.» *Scandinavian Journal of Public Health*, 30 (suppl 59):1–5

Laaksonen, M., P. Martikainen, E. Nihtila, O. Rahkonen, E. Lahelma (2008), «Home ownership and mortality: a registerbased followup study of 300 000 Finns.» *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62(4):293–297

Laaksonen, M., L. Tarkiainen og P. Martikainen (2009), «Housing wealth and mortality: A register linkage study of the Finnish population.» *Social Science & Medicine* 69:754–760

Langseter, Åsmund og Anna Skårberg (2007), *Kommunene som boligeier. Praksis og rutiner ved utleie av kommunalt disponerte boliger*. NOVA Rapport 5/2007

Leyland, Alastair H. og Øyvind Næss (2009), «The effect of area of residence over the life course on subsequent mortality.» *Journal of the Royal Statistical Society Series A Statistics in Society*, 172(3):555–578

Lundberg, Olle (2008), «Politics and public health – some conceptual considerations concerning welfare state characteristics and public health outcomes.» *International Journal of Epidemiology*, 37(5): 1105–1108

Magnus, K., A. Engeland, B. M. Green, T. Haldorsen, C. R. Muirhead og T. Strand (1994), «Residential Radon Exposure and Lung-Cancer – an Epidemiologic-Study of Norwegian Municipalities.» *International Journal of Cancer*, 58:1–7

Madsen, Christian, Per Nafstad (2006), «Associations between environmental exposure and blood pressure among participants in the Oslo Health Study (HUBRO).» *European Journal of Epidemiology*, 21(7):485–491

Malmstrøm, Marianne, Sven Erik Johansson og Jan Sundquist (2001), «A hierarchical analysis of longterm illness and mortality in socially deprived areas.» *Social Science & Medicine*, Vol 53:265–275

Nadim, Marjan og Roy A. Nielsen (2009), *Barnefattigdom i Norge. Omfang, utvikling og geografisk variasjon*. Fafo-rapport 2009:38

Nafstad, Per, Leif Øie, Reidar Mehl, Per I. Gaarder, Karin C. Lødrup-Carlsen, Grete Botten, Per Magnus og Jouni J. K. Jaakkola (1998), «Residential Dampness Problems and Symptoms and Signs of Bronchial Obstruction in Young Norwegian Children.» *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, Vol. 157:410–414

Nordvik, Viggo (2006), «Boligstandard.» I: Lars Gulbrandsen, red., *Bolig og levekår i Norge 2004. En artikkelsamling*. NOVA-rapport 3/06

Nasjonalt folkehelseinstitutt (2009): *Miljø og helse – en forskningsbasert kunnskapsbase*. Rapport 2009: 2. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt. Elektronisk versjon tilgjengelig på: http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_6034&MainArea_5661=6034:0:15,4511:1:0:0:::0:0&MainLeft_6034=5544:69281::1:6035:1:::0:0

NOU (2009), *Fordelingsutvalget*. Utredning fra et utvalg oppnevnt av Finansdepartementet. NOU 2009:10

Næss, Øyvind, Bjørgulf Claussen, G. Davey Smith og Alastair H Leyland (2008), «Life course influence of residential area on causespecific mortality.» *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62(1):29–34

Næss, Øyvind, Fredrik Niclas Piro, Per Nafstad, G. Davey Smith og A. H. Leyland (2007), «Air pollution, social deprivation, and mortality: a multilevel cohort study.» *Epidemiology*, 18(6):686–694

Næss, Øyvind, Per Nafstad, Geir Aamodt, Bjørgulf Claussen og Pål Rosland (2007), «Relation between Concentration of Air Pollution and Cause-Specific Mortality: Four-Year Exposures to Nitrogen Dioxide and Particulate Matter Pollutants in 470 Neighborhoods in Oslo, Norway.» *American Journal of Epidemiology*, 165:435–443

Næss, Øyvind, Bjørgulf Claussen og George Davey Smith (2007), «Housing conditions in childhood and cause-specific adult mortality: The effect of sanitary conditions and economic deprivation on 55,761 men in Oslo.» *Scandinavian Journal of Public Health*, 35(6):570–576

Næss, Øyvind, Bjørgulf Claussen, Dag S. Thelle og George Davey Smith (2005), «Four indicators of socioeconomic position: relative ranking across causes of death.» *Scandinavian Journal of Public Health*, 33(3):215–221

Næss, Øyvind, Bjørgulf Claussen, Dag S. Thelle, George Davey Smith (2004), «Cumulative deprivation and cause specific mortality. A census based study of life course influences over three decades.» *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58(7):599–603

Nørve, Siri og Arne Holm (2007), *Bostedsløse i små og mellomstore kommuner: Strategier i arbeidet med å forebygge og bekjempe bostedsløshet*. NIBR-rapport 2007:08

Pettersen, Silje Vatne (2003), Bosettingsmønster og segregasjon i storbyregionene. Ikke-vestlige innvandrere og grupper med høy og lav utdanning. Utredninger til Storbymeldingen, del 1. Notater 2003/33. SSB

Piro, Fredrik Niclas, Christian Madsen, Øyvind Næss, Per Nafstad og Bjørgulf Claussen (2008), «A comparison of self reported air pollution problems and GIS-modeled levels of air pollution in people with and without chronic diseases.» *Environmental Health* 2008, 7:9.
<http://www.ehjournal.net/content/7/1/9>

Piro, Fredrik Niclas, Øyvind Næss og Bjørgulf Claussen (2007), «Area deprivation and its association with health in a crosssectional study: are the results biased by recent migration?» *International Journal for Equity in Health*, 6(1):10–26

Raaschou-Nielsen, O., C. E. Andersen, H. P. Andersen, P. Gravesen, M. Lind, J. Schuz, og K. Ulbak (2008), «Domestic radon and childhood cancer in Denmark.» *Epidemiology*, 19:536–543

Ringen, S. (1995), «Wellbeing. Measurement and Preference.» *Acta Sociologica*, 38:3–15

Sandbæk, Mona, red. (2008), *Barns levekår. Familiens inntekt og barns levekår over tid*. NOVA rapport 7/2008

Schipperijn, Jasper, Ulrika K. Stigsdotter, Thomas B. Randrup, Jens Troelsen (2010), «Influences on the use of urban green space – A case study in Odense, Denmark.» *Urban Forestry & Urban Greening*, 9(1):25–32

Sosial- og helsedirektoratet (2005), *Gradientutfordringen*.
Sosial- og helsedirektoratet

Smith, Anders (2005), Kommunenes arbeid for psykisk helse. Samfunnsmedisin og folkehelse nr. 5-05. <http://www.helsebiblioteket.no/Samfunnsmedisin+og+folkehelse/Helseradet/2005/Nr.+5-05/5153.cms>

Stortingsmelding nr. 20 (2006–2007), *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*. Helse og omsorgsdepartementet

Stortingsmelding nr. 23 (2003–2004), *Om boligpolitikken*.
Kommunal- og regionaldepartementet

Stortingsmelding nr. 16 (2002–2003), *Folkehelsemeldingen*.
Helse- og omsorgsdepartementet

Sund, Erik R. og Steinar Krogstad (2005), *Sosial ulikhet i helse. En kunnskapsoversikt*. Sosial- og helsedirektoratet

Thorén, A-K. H. og Nyhuus, S. (1994) *Planlegging av grønnstruktur i byer og tettsteder*. DN-håndbok 6. Trondheim: Direktoratet for Naturforvaltning

Tronstad, K.R. (2008) "Levekårsundersøkelsen blant innvandrere" i Daugstad, G. (red) *Innvandring og innvandrere 2008*. Statistiske analyser 103. Oslo: SSB

Ulfrstad, Lars-Marius (2007), «Boligpolitikken og velferdsstaten.» I: Brodtkorb og Rugkåsa, Under tak – mellom vegger. *Perspektiver på boligens betydning i velferdsstaten*. Gyldendal Akademiske

Vogt, Tiril (1987), *Friluftsliv og helse*. Rapport 87/22.
Statistisk sentralbyrå

Whitehead, Margaret og Göran Dahlgren (2009a), *Begreper og prinsipper for å utjevne sosiale ulikheter i helse. Utjevning av helseforskjeller del 1*. Helsedirektoratet

Whitehead, Margaret og Göran Dahlgren (2009b), *Begreper og prinsipper for å utjevne sosiale ulikheter i helse. Utjevning av helseforskjeller del 2*. Helsedirektoratet

Ytrehus, Siri, Hans Christian Sandlie, Inger lise Skog Hansen (2008), *På rett vei. Evaluering av Prosjekt bostedsløse to år etter*. Fafo-rapport 2008:06

Ytrehus, Siri, Inger Lise Skog Hansen, Åsmund Langsether, Hans Christian Sandlie og Anna Skårberg (2007), *Tjenester til bostedsløse i kommuner. Devaluering 2*. Fafo-rapport 2007:23

Ytrehus, Siri, Hans Christian Sandlie, Anna Skårberg (2007), *Fra bostedsløs til egen bolig. Devaluering av tilskudd til oppfølgingstjenester*. Fafo-rapport 2007:07

Ytrehus, Siri og Anders B. Fyhn (2006), *Her vil jeg bo; Boligønsker blant 50-, 60- og 70-åringer i fire lokalområder*. Fafo-rapport 512

Ytrehus, Siri og Anders B. Fyhn (2006), *Bufast, Bjørvika og Benidorm. Boligplaner og boligønsker for eldre år*. Fafo-rapport 511

Øverås, Siv og Anders B. Fyhn (2006), *Fra døråpner til alibi? Evaluering av et femårig klinisk behandlingstiltak for personer med alvorlig psykisk lidelse og rusmisbruk ved Tøyen DPS (ROP-Tøyen)*. Fafo-rapport 521

Aarland, Kristin og Viggo Nordvik (2008), *Boligeie blant husholdninger med lave inntekter*. NOVA Rapport 15/2008

Noen internasjonale bidrag

Allan, Terry (2000), «Housing Renewal – Doesn't it Make You Sick?» *Housing Studies* Vol. 15, Issue 3:443–461

Atkinson, Tony, Bea Cantillon, Eric Marlier, Brian Nolan (2002), *Social Indicators. The EU and Social Inclusion*. Oxford University Press

Bonnefoy, Xavier, Mattias Bruabach, Maggie Davidson, Nathalie Röbbel (2007), «A pan-European housing and health survey: description and evaluation of methods and approaches.» *International Journal of Environment and Pollution*, Vol 30, Nos ¾

Bonnefoy, Xavier, Mattias Bruabach, Birgitte Moissonnier, Kubanychbek Monolbaev, Natalie Röbbel (2003), «Housing and Health in Europe: Preliminary results of a pan-European housing and health study.» *American Journal of Health*, 1559–1563

Braveman, Paula A., Catherine Cubbin, Susan Egerter, Sekai Chideya, Kristen S. Marchi, Marilyn Metzler og Samuel Posner (2005), «Socioeconomic Status in Health Re-search. One Size Does Not Fit All.» *JAMA*, Vol. 294 (22):2879–2888

Dunn, James R. (2000), «Housing and Health Inequalities: Review and Prospects of re-search.» *Housing Studies*, Vol. 15, No. 3:341–366

Dunn, James R. (2002), «Housing and inequality in health: a study of socioeconomic dimensions of housing and self reported health from a survey of Vancouver resi-dents.» *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56:671–681

Easterlow, Donna, Susan Smith, Sara Mallinson (2000), «Housing for Health: The Role of Owner Occupation.» *Housing Studies*, Vol. 15, Issue 3:367–386

Evans, Gary W., Nancy M. Wells, Annie Moch (2003), «Housing and Mental Health: A Review of the Evidence and a Methodological and Conceptual Critique.» *Journal of Social Issues*, Vol. 59, No. 3:475–500

Evans, Gary W. (2003), «The Built Environment and Mental Health.» *Journal of Urban Health*, Vol. 80, No. 4:536–555

Falags, Matthew E., Pitsouni, Eleni I., Malietzis, Georg A., and Pappas, Georgios (2008) Comparison of PubMed, Scopus, Web of Science and Google Scholar: strengths and weaknesses. *The FASEB Journal* Vol 22.

Howden-Chapman, P. (2004), «Housing standards: a glossary of housing and health.» *Journal of Epidemiology and health*, 58:162–168

Kaplan, George A. (1999), «What is the role of the social environment in understanding inequalities in health?» *Annals New York Academy of Science*, 896:116–119

Krieger, James og Donna L. Higgins (2002), «Housing and Health: Time Again for Housing Health Action.» *American Journal of Public Health*, Vol. 92, No. 5:758–768

Kunst, Anton E. (2009), «Socioeconomic inequalities in health in Central and Eastern Europe: synthesis of results of eight new studies.» *International Journal of Public Health*, 54(4):197–200

Maas, J., R. A. Verheij, S. de Vries, Spreeuwenberg, P. Schellevis, F. G. Groenewegen, P. P. (2009), «Morbidity is related to a green living environment.» *Journal of Epidemiol Community Health*, 63(12):967–973

Marlier, Eric, A. B. Atkinson, Bea Cantillon, Brian Nolan (2007), *The EU and Social Inclusion; Facing the challenges*. Policy Press

McCarthy, Mark (2002), «Urban development and health inequalities.» *Scandinavian Journal of Public health*, 30 (suppl 59):59–62

Northridge, Mary E., Elliot D Sclar, Padmini Biswas (2006), «Sorting out the connections between environment and health: A conceptual framework for navigating pathways and planning healthy cities.» *Journal of Urban Health*, Vol. 80, No. 4:556–568

Poortinga, Wouter, Frank D. Dunstan, David L. Fone (2008), «Neighbourhood deprivation and self rated health: The role of perceptions of the neighbourhood and of housing problems.» *Health and Place*, Vol. 14:562–575

Power, Chris (1991), «Social and economic background and class inequalities in health among young adults.» *Social Science and Medicine*, Vol. 32, Issue 4:411–417

Shaw, Mary (2004), «Housing and public health.» *Annual Reviews of Public Health*, 25:8. 1-8.22

Smith, Susan J. (2002), «Health status and the housing system.» *Social Science and Medicine*. Vol. 31, Issue 7:753–762

Smith, S. J., D. Easterlow, M. Munro, K. M. Turner (2003), «Housing as health capital: How health trajectories and housing paths are linked.» *Journal of social issues*, 59(3):501–525

Sommerville, Peter (1998), «Explanations of Social Exclusion: Where Does Housing Fit in?» *Housing Studies*, Vol. 13, No. 6:761–780

Swart, Wim, Jan Bleeker og Willy de Haes (2002), «The Rotterdam Local Health Information System 1987 – 2000: from Rebus and the health barometer to the health monitor.» *Scandinavian Journal of Public health*, 30 (suppl 59):63–71

Thomson, H., P. Petticrew, M. Douglas (2002), «Health Impact of housing improvements: incorporating research evidence.» *Journal of Epidemiology and community Health*, 57:11–16

Voss, L-D., J. Hosking, B.S. Metcalf, A.N. Jeffery og T.J. Wilkin (2008) Children from low-income families have less access to sports facilities, but are no less physically active: cross-sectional study. *Child: Care, Health and Development* Vol: 34 (4): 470-474

Wilson, Kathi, John Eyles, Susan Elliot, Sue Keller-Olaman (2009), «Health in Hamilton neighbourhoods: Exploring the determinants of health at local level.» *Health and Place*, Vol. 15:374–382

WHO Commission on Social Determinants of Health (2008), *Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health*. WHO

WHO (2006), Report on the WHO *technical meeting on quantifying disease from inadequate housing*. WHO-Europe

WHO (2004), *Review of evidence on housing and health*. Fourth Ministerial Conference on Environment and Health. WHO-Europe



Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Tlf.: 810 20 050 Faks: 24 16 30 01